

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

464

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Lucien VANWTBERGHE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Président : M. PINARD, Professeur.

FOURNIER, Professeur

*Juges : MM. { GILLES de la TOURETTE, Agrégé.
VARNIER, Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

464

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1900, à 1 heure

PAR

Lucien VANWTBERGHE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION

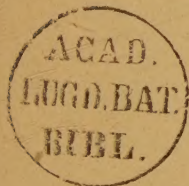
A L'ÉTUDE DE LA SYMPHYSEOTOMIE

Président M. PINARD, *Professeur.*

FOURNIER, *Professeur*

Juges : MM. GILLES de la TOURETTE, *Agrégé*
VARNIER, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encephale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires	PANAS.
Clinique d'accouchement	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous soit permis, au moment de commencer ce travail, de remercier, suivant l'usage, tous nos maîtres pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli, et pour les conseils qu'il n'ont cessé de nous prodiguer pendant toute la durée de nos études médicales.

Que nos premiers maîtres dans les hôpitaux, M. le Professeur Tillaux, dans la clinique duquel, à la Pitié, nous avons recueilli nos premières notions chirurgicales, et M. le Dr Troisier, qui a bien voulu, pendant un an, nous initier dans son service de l'hôpital Lariboisière aux secrets de l'auscultation, veuillent bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

Nous avons eu ensuite la bonne fortune de passer l'année suivante, comme stagiaire, en partie dans le service de M. le Dr Labbé à l'hôpital Beaujon ; en partie dans le service de M. le Dr Faisans à la Pitié. Nous tenons à les remercier ici de leur brillant enseignement.

Nous avons passé notre première année d'externat dans la magnifique clinique de M. le Professeur Guyon à l'hôpital Necker. Nous nous souviendrons toujours, tant de son enseignement quotidien au lit du malade, que de ses leçons si intéressantes du samedi, ou joignant les

actes à la parole, ce maître, dont nous sommes heureux d'avoir été deux fois l'élève, prodigue les conseils les plus utiles pour l'examen des malades et pour toutes les opérations courantes de la chirurgie des voies urinaires. Nous tenons à lui en exprimer toute notre reconnaissance et nous prions aussi MM. les Professeurs Agrégés, Albarran et Legueu. M. le D^r Chevalier, chirurgien des hôpitaux, MM. les D^{rs} Nogués et Michon qui ont été si bienveillants pour nous durant notre séjour à la clinique, de recevoir également nos sincères remerciements.

Nous avons été très heureux de pouvoir passer notre deuxième année d'externat dans le vaste service de M. le docteur Cëttinger à l'hôpital Broussais. Cette année nous a été particulièrement précieuse puisqu'elle nous a permis d'approfondir nos notions d'auscultation et d'examen clinique des malades, et aussi de nous livrer sous la direction d'un maître aussi autorisé à l'étude d'un certain nombre d'affections chroniques qu'on ne peut observer que rarement dans la plupart des services. Nous lui en gardons la plus vive reconnaissance.

Pendant notre troisième année d'externat, nous avons été particulièrement bien accueilli par M. le Professeur Agrégé Gaucher dans son service à l'hôpital Saint-Antoine. Nous ne saurions trop le remercier, et de sa bienveillance, et de la faveur qu'il nous fit en nous permettant de nous occuper principalement de dermatologie à la consultation spéciale annexée à son service.

Nous avons également pendant près d'un an complété nos connaissances théoriques et acquis nos connaissances pratiques en obstétrique en remplissant les fonctions

d'externe à la Maternité de la Pitié, dirigée par M. le Professeur Agrégé Lepage. Nous n'oublierons jamais ses leçons quotidiennes et nous le remercions pour les conseils qu'il nous a donnés, pour les observations qu'il a bien voulu nous permettre de publier et qui forment la base de notre travail.

Enfin, nos derniers mois d'externat se sont écoulés trop rapidement, hélas ! dans le service si intéressant de M. le docteur Moizard à l'hôpital des Enfants-Malades. Nous gardons à ce maître infatigable une grande reconnaissance pour tous les conseils qu'il a bien voulu nous donner dans l'étude de la pathologie infantile et nous aurons toujours présents à la mémoire les exemples si nets et si frappants des maladies spéciales à l'enfance, que nous avons pu observer dans son magnifique pavillon des douteux.

Nous prions M. le Professeur Pinard de bien vouloir agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Tous nos remerciements enfin à notre excellent ami M. Roche, externe des hôpitaux, pour les traductions qu'il a bien voulu nous faire, des observations anglaises.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion pendant notre année d'externat dans le service de notre maître M. le docteur Lepage, d'assister à deux opérations de symphyséotomie pratiquées dans des cas de bassins viciés par le rachitisme.

M. le docteur Lepage a bien voulu nous autoriser à publier ces deux cas, et à en faire le sujet de notre thèse. Il a bien voulu également ajouter à ces notes quatre autres cas inédits de la même opération : trois de ces derniers proviennent de sa pratique journalière à la Maternité de la Pitié depuis le début de l'année 1898 ; le quatrième est une intervention faite par lui en ville. Nous le remercions encore une fois pour le service qu'il nous a rendu en mettant ces documents à notre disposition.

Prenant ces observations comme point de départ, nous avons recherché ce qui avait été écrit et publié au sujet de cette opération depuis le début de l'année 1899, limité que nous étions dans notre sujet par la thèse de

M. le docteur Rubinrot (1), limité lui même antérieurement par la thèse de M. le docteur Jorand (2); celle-ci était précédée depuis trois ans par la statistique de M. Varnier (3). « Nous connaissions, dit M. Rubinrot au début de sa thèse, l'excellente étude de M. Jorand sur les accidents et les complications attribuables aux symphyséotomies pratiquées avant l'année 1896, et nous avons eu tout naturellement la curiosité de rechercher si les opérations de symphyséotomie faites depuis cette époque avaient été la source d'accidents et de complications de même nature, qu'elle en avait été leur fréquence, qu'elle en avait été la mortalité etc... Dans ce but, nous avons lu tout ce qui a paru depuis 1896 sur cette question, en France et à l'étranger autant qu'il nous a été possible. »

La lecture de ces quelques lignes nous a donné l'idée de grouper à notre tour, à côté des six observations inédites de M. le docteur Lepage, toutes les observations que nous avons pu trouver dans les diverses revues de l'année 1899. Nous avons ainsi recueilli un certain nombre d'observations des années précédentes publiées seulement l'an dernier et qui ont échappé à la statistique de M. Rubinrot. On est cependant frappé en consultant les tableaux annexés à sa thèse et qui contiennent 136 observations, du grand nombre d'observations inédites qui lui ont été confiées. Un certain nombre de celles-ci ont été

(1) RUBINROT. *Thèse*, Paris, 28 février 1899.

(2) JORAND. *Thèse*, Paris, 1896.

(3) VARNIER. *Annales de Gynécologie*, 1893.

publiées depuis dans les journaux que nous avons consultés; nous ne les avons donc pas rapportées ici, et cela a contribué à restreindre le nombre des observations que nous avons pu réunir. Nous avons encore été gêné dans nos recherches d'abord par le fait de la suppression en 1899 d'une revue de bibliographie importante : cela nous a obligé à parcourir entièrement toutes les publications de cette année et du début de celle-ci. Nous n'avons pu nous procurer un certain nombre de ces revues et à côté de celles-ci, il en est d'autres qui, reçues il y a peu d'années à la bibliothèque de la Faculté, ont été supprimées depuis. Nous placerons à la suite de nos observations quelques indications que nous n'avons pu vérifier. Ensuite, il est un inconvénient que nous tenons à noter et qui nous a causé une certaine perte de temps. Nous avons été constamment entravé dans nos recherches, au début de cette année par l'absence, à la bibliothèque, d'un certain nombre de publications de l'année précédente; elles étaient, nous a-t-on répondu bien souvent, à la reliure et nous avons demandé avec obstination certaines d'entre elles pendant deux mois avant de pouvoir les parcourir.

Il est un fait qui nous a également étonné : en parcourant les index bibliographiques contenus dans quelques revues, ou en dépouillant les différentes publications elles-mêmes, il nous a paru que les observations de symphyséotomie s'y trouvaient rapportées en moins grand nombre que pendant les années précédentes. Il nous a semblé que les mentions d'opération césarienne s'y rencontrent en plus grand nombre qu'autérieurement.

Quelle en est la raison ? Cette question de la symphysectomie et de l'opération césarienne, qui passionne depuis ces dernières années tous les médecins qui s'occupent plus spécialement d'obstétrique, ayant été discutée sur tous ses points, les résultats opératoires obtenus par les deux procédés ayant été mis en parallèle, en est-il résulté qu'un certain nombre pratiquent moins souvent aujourd'hui l'opération de Sigault ? ou bien, les opérateurs réservent-ils leurs observations pour des travaux statistiques particuliers ? ou enfin, la pratique qui consiste à faire la section de la symphyse quand il est bien prouvé par la marche et la durée du travail (à moins qu'un incident dans le cours du travail ne hâte l'intervention), que la tête fœtale ne pourra, par réduction de ses diamètres, s'accomoder aux dimensions du bassin, cette pratique se propage-t-elle en réalité de plus en plus, réduisant ainsi le nombre de ces opérations ? Cela est bien possible.

Que d'opérations, que d'applications de forceps dangereuses et quelquefois même nuisibles sont évitées quand le médecin sait attendre, restant toutefois dans une juste limite que doivent lui faire apprécier son expérience et sa prudence ! Tant de facteurs interviennent en effet dans le mécanisme de ces accouchements, facteurs qui échappent souvent à une appréciation exacte, qu'il est bien difficile, pour ne pas dire plus, dans les cas de rétrécissement modéré qui sont les plus fréquents, de dire à l'avance si une tête fœtale franchira ou non le détroit supérieur. Les quelques cas de ce genre que nous avons eu sous les yeux durant notre séjour à la Maternité de la Pitié, nous ont convaincu des avantages de cette

méthode, qui doit être employée autant qu'il est possible, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours facile pour le médecin en pratique.

En commençant ce travail, nous avions devant nous la statistique de M. Varnier en 1893, les thèses de MM. Hulot (1), Gotchaux (2), Farabeuf (3), Jorand, Rubinrot, Belloy (4) et Abelly (5). Nous avons lu également ce qui a été dit dans ces dernières années aux différents congrès sur cette question tant discutée. Nous avons donc lu à ce sujet les avis les plus contradictoires. La lecture du remarquable et récent rapport de M. le Professeur Pinard (6) sur l'agrandissement momentané du bassin par section de la symphÿse et celle du très intéressant travail de M. le Professeur Agrégé P. Bar (7), nous ont convaincu queseules des statistiques ne comprenant que des opérations pratiquées par un même accoucheur ou dans une même clinique par différents opérateurs suivant tous la même ligne de conduite et disposant des mêmes moyens, pouvaient, par la connaissance approfondie des faits rapportés et leur appréciation plus exacte, permettre de se rendre compte de la part qui, dans les résultats, revient ou non à l'intervention et, par suite, de juger cette intervention au sujet

(1) HULOT. *Thèse*, Paris, 1893.

(2) GOTCHAUX. *Thèse*, Paris, 1893.

(3) FARABEUF. *Thèse*, Paris, 1891.

(4) BELLOY. *Thèse*, Paris, 1899.

(5) ABELLY. *Thèse*, Paris, 1899.

(6) PINARD. Rapport au Congrès d'Amsterdam, août, 1899. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1889. T. 52, page 81.

(7) P. BAR. La symphyséotomie. *J. l'Obstétrique*, juillet 1899.

de la mortalité maternelle et fœtale. Nous avons comparé les résultats chiffrés obtenus avec ces statistiques privées et ceux obtenus avec les statistiques faites d'éléments de toute espèce. Cette comparaison, qui fera le sujet de notre premier chapitre, nous a montré que le travail que nous commençons, analogue à celui de M. Rubinrot, ne nous permettait pas de tirer des conclusions exactes sur la valeur de l'opération.

C'est pourquoi, contrairement à l'usage consacré depuis longtemps, on ne trouvera aucune conclusion à la fin de notre thèse.

Nous avons voulu simplement réunir des faits épars, pensant que ce travail a cependant son utilité ; un grand nombre d'observations ainsi réunies peut permettre de comparer les procédés entre eux et de mieux se rendre compte de quelques complications opératoires qui en dépendent. C'est cette étude des procédés, des complications et des suites, basée sur les observations que nous réunissons ici, qui remplira la seconde partie de notre travail.

CHAPITRE I

« Aujourd'hui, dit M. Bar dans les conclusions du travail que nous avons précédemment cité, il est assez difficile de fixer le taux de la mortalité après la symphyséotomie. La plupart des chiffres donnés sont tirés de statistiques faites d'éléments disparates et collationnés parfois avec un véritable parti pris d'appuyer des critiques contre cette opération ou de trouver des arguments en sa faveur. Je crois plus intéressant d'agir pour la symphyséotomie comme je l'ai fait pour l'opération césarienne, et de ne tenir compte que des statistiques représentant la pratique intégrale d'un certain nombre d'accoucheurs. » Telles sont les quelques lignes dont la lecture nous a engagé à réunir dans un même chapitre, les résultats obtenus par les statistiques particulières et à les opposer à ceux des autres statistiques.

La plus ancienne de ces statistiques privées dont nous ayons eu connaissance est cependant encore récente. Voici comment s'exprime M. le Professeur Agrégé Varnier (1) examinant au Congrès de Moscou le nombre des décès

(1) VARNIER. *XII^e Congrès international des sciences médicales à Moscou. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. 48, p. 282.

d'enfants à la suite de la symphyséotomie à la clinique Baudelocque du 4 février 1892 au 29 janvier 1897 : « De nos enfants extraits par la pelvitomie, il en est seulement 9 qui sont morts malgré la symphyséotomie ou de ses suites mécaniques, soit 10,4 %. » Et plus loin : « nous devons nous demander à propos des 9 enfants morts malgré l'agrandissement du bassin, si la mortalité de 10,4 % qu'ils constituent est bien la mortalité irréductible de la symphyséotomie, ou si du fait de l'expérience actuellement acquise, elle ne peut pas être dans l'avenir notablement diminuée. » M. Varnier examine alors avec soin les observations de ces cas suivis de mort et conclut qu'il faut faire exception pour 5 d'entre eux : deux de ces cinq enfants sont morts des suites mécaniques de l'extraction à travers un bassin insuffisamment coupé ou dilaté ; deux ont succombé à des fractures du crâne produites par des applications intempestives de forceps faites en ville ; le dernier est mort de faiblesse congénitale : on avait du reste, dans ce cas, provoqué l'accouchement et fait en même temps une symphyséotomie. Et M. Varnier se trouve alors en droit de conclure : « Notre statistique infantile de 10,4 % est donc une mortalité essentiellement réductible. Il suffit pour la ramener à 5 % de ne plus faire de tentatives préalables d'extraction par le forceps, de couper à fond le ligament sous-pubien, de dilater le bassin devant la tête, de renoncer enfin à la combinaison reconnue inutile de l'accouchement provoqué et de la symphyséotomie. Mettant donc de côté, comme ils doivent l'être, ces 5 décès d'emprunt, nous restons en présence de 4 décès sur 81 cas de pelvitomie pure, complète et conduite suivant les règles par

nous établies et que nous jugeons bonnes ; soit une mortalité infantile de 4,9 %.

Au même Congrès, prenant la parole à la suite de M. Varnier, Zweifel présente ses résultats opératoires : sur 31 cas de symphyséotomie, la mortalité maternelle est représentée par un décès ; la mortalité fœtale, par deux décès. Soit 3,2 % comme mortalité maternelle et 6,4 % comme mortalité fœtale.

A la suite du rapport de Zweifel, nous trouvons relaté dans la même séance les résultats obtenus par Küstner : son rapport, il est vrai, ne comprend que sept interventions ; mais il n'y a aucun décès ni de femmes, ni d'enfants.

Au début de l'année 1899, paraît la thèse de M. Abelly qui relate 22 cas symphyséotomie : nous en déduisons un cas, où l'opération fut pratiquée par M. le docteur Jacob avec succès pour la mère et pour l'enfant. Les autres opérations ont été faites par M. le Professeur Queirel à la Maternité de Marseille. Sur ces 21 cas, trois opérations ont été faites quand l'enfant était déjà mort et dans le but unique d'agrandir le bassin. Il ne faut donc compter que 18 symphyséotomies qui ont donné 14 enfants vivants. Des quatre enfants morts, deux ont succombé à des fractures ou à des enfoncements du crâne produits par une double application de forceps avant l'entrée à la Maternité de Marseille. Un troisième enfant est mort au bout de 48 heures d'une broncho-pneumonie ; cet enfant était, il est nécessaire d'en tenir compte, chétif et conçu par une albuminurique qui succomba elle-même, d'ailleurs, peu après l'opération avec

des accidents urémiques. Enfin, le quatrième mourut au bout de quelques heures de débilité congénitale. Ces quatre cas devraient être, il nous semble, distraits en toute justice de la mortalité fœtale par la symphyséotomie, bien que M. Abelly mette les deux derniers décès sur le compte de l'opération.

Quant à la mortalité maternelle, trois femmes sont mortes sur 21 opérées : une est morte d'hémorrhagie violente par inertie utérine; la deuxième, tuberculeuse avérée depuis deux ans, meurt de tuberculose aiguë huit jours après l'opération; la dernière, enfin, était albuminurique avec des lésions rénales et hépatiques et présentait, au moment de l'intervention, des accidents d'hépatotoxémie très nets. M. Abelly attribue ces deux derniers décès à la symphyséotomie. La mortalité maternelle serait donc ici de 10 %. Mais il est permis de se demander si, dans ces cas, se trouvant en face d'une opération inévitable, l'embryotomie devant être repoussée puisque l'enfant était vivant, et, d'autre part, les femmes dont il est question étant déjà à terme lors de leur entrée dans le service, tout autre intervention n'eût pas amené un résultat analogue.

En Avril 1899, le Professeur Charles (1), de Liège, dit avoir fait quinze symphyséotomies avec décès de deux enfants et de trois femmes. Dans cette statistique, la mortalité se chiffre par 12,5 % pour les enfants, et par 20 % pour les mères. M. Charles ajoute d'ail-

(1) CHARLES. Parallèle entre les diverses opérations à pratiquer dans les vices du bassin. Congrès de la société obstétricale de France. *L'obstétrique*, 1899. p. 281.

leurs : « J'en avais fait douze avec un seul décès, celui d'une femme qui avait été tripotée pendant plusieurs heures, puis balottée une partie de la nuit dans une charrette qui l'apportait à la Maternité : c'était un très mauvais cas, qu'on aurait pu éliminer dans une statistique expurgée. A ce moment, mes résultats étaient très beaux. Puis, j'ai perdu aussi de septicémie, ma treizième et ma quatorzième opérées qui toutes deux se trouvaient dans d'excellentes conditions. » La mortalité, d'après cette statistique malheureuse, est donc de 13 %, en déduisant le premier décès. Quant aux deux autres cas, il faut remarquer que si M. Charles nous dit que la mort a été due à la septicémie et qu'il n'a jamais eu de septicémie dans les autres opérations faites à la Maternité de Liège, il ne nous dit rien qui puisse nous faire penser si la septicémie a eu une porte d'entrée purement utérine, ou s'il y a eu sous ce rapport, participation de la plaie opératoire, nous ne pouvons donc rien conclure au sujet de ces deux cas.

La thèse de M. Belloy, soutenue en juin 1899, et le travail de M. Bar, paru le mois suivant, contiennent les vingt-deux opérations de symphyséotomie faites par M. Bar, ou par ses collaborateurs dans les services qu'il dirigeait. On n'y rencontre aucun décès, ni du côté des mères, ni du côté des enfants. C'est évidemment une série heureuse comparée à d'autres, dit M. Belloy. C'est, de plus dit-il encore, un nombre d'opérations assurément trop faible pour permettre de porter un jugement très exact sur la valeur de l'opération ; mais on peut cependant se faire une idée de cette valeur quand, en parcourant les

observations de cette thèse, on y voit que ces vingt-deux opérations ont été pratiquées sur vingt femmes (deux ont été opérées deux fois par M. Bar), que sur ces vingt femmes, seize sont multipares (une de celles-ci a déjà subi deux symphyséotomies antérieures avec enfant vivant par MM. Auvard et Bonnaire) et que ces seize multipares ont eu 34 grossesses antérieures terminées par : 4 symphyséotomies, 3 avortements, 1 macéré, 1 sans renseignements, 25 accouchements artificiels ou spontanés ayant produit : 7 enfants vivants (28 %), et 18 enfants morts (72 %). D'un autre côté, chez ces 20 femmes on a pratiqué la symphyséotomie : comme nous l'avons dit, 2 ont subi deux fois l'opération et une autre a été opérée deux fois avant de l'être une troisième fois par M. Bar : il y a donc eu pour ces femmes, 24 symphyséotomies qui ont donné 24 enfants vivants.

Un peu plus tard, le 12 août 1899, M. le Pr Pinard (1), dans un rapport au congrès d'Amsterdam, présente une statistique, la même que M. Varnier avait produite à Moscou en 1897, mais augmentée d'un certain nombre d'interventions faites depuis et plus propre par suite à permettre de tirer des conclusions. Il se demande ce que donne en réalité la symphyséotomie en pratique : « Pour répondre, à cette question, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de donner les résultats obtenus dans mon service à la clinique Baudelocque (depuis le 4 février 1892 au 20 janvier 1899) ou l'agrandissement momentané du bassin obtenu à la suite de la section de la symphyse a

(1) PINARD *Congrès d'Amsterdam*, 12 août 1899. *Annales de Gynécologie et d'obstétrique* 1899, tome 52, page 81.

été pratiqué avec rigueur suivant les règles que j'ai exposées au congrès de Rome en 1894.

« Assurément, j'aurais pu m'appuyer sur les statistiques de mon illustre ami Morisani ; je pourrais également, étant donné que cette opération entre de plus en plus dans la pratique des accoucheurs, rassembler à l'heure actuelle un nombre d'observations infiniment plus considérable. J'aurais pu, en particulier, prendre les belles et déjà nombreuses statistiques de mes collègues Ribemont-Dessaignes et Champetier de Ribes, qui me les ont gracieusement offertes. Mais j'estime que seule une statistique complète, intégrale, détaillée, peut offrir les éléments sérieux véritablement scientifiques pour discuter, comparer, apprécier et juger. Du 4 février 1892 au 20 janvier 1899, l'agrandissement momentané du bassin après section de la symphyse a été pratiqué 100 fois à la clinique Baudelocque, soit par mes collaborateurs : Varnier, Potocki, Lepage, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Baudron, Funck-Brentano, soit par moi.

Résultat brut : 100 femmes symphyséotomisées : 88 femmes guéries, 12 mortes.

87 enfants sortis vivants et bien portants.

13 enfants morts : 5 au moment de l'extraction, ou peu après, 8 dans les 3 semaines qui ont suivi leur naissance. »

En examinant les tableaux où sont rapportées les causes de cette mortalité maternelle et de cette mortalité fœtale, en retranchant des chiffres précédents, les décès de cause accidentelle, n'ayant aucune relation avec le mode d'intervention, tels que ceux survenus par obstruction intestinale, par grippe infectieuse, pneumonie,

éclampsie, en retranchant aussi les décès causés par une infection puerpérale dans laquelle la voie d'apport unique des agents infectieux a été la muqueuse utérine, et où il n'y a pas eu participation de la plaie opératoire « il reste cinq décès, dans lesquels, comme l'a dit Varnier à Moscou, la terminaison fatale a été le résultat de l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine, mais où la plaie symphysienne, communiquant ou non avec le canal génital primitivement ou secondairement infecté, a certainement joué dans le résultat final le rôle d'un adjuvant. En résumé, cinq fois sur cent, la symphyséotomie a augmenté la léthalité chez des femmes dont l'appareil génital était préalablement infecté ».

Quant aux enfants, M. Pinard retranche les décès par application de forceps au détroit supérieur avant la symphyséotomie, par une symphyséotomie incomplète, par l'accouchement provoqué, par une broncho-pneumonie accidentelle : « il reste six cas sur cent dans lesquels la mort de l'enfant a été le résultat ou de la longueur du travail, ou de l'infection de l'œuf pendant l'accouchement ».

Nous apportons dans ce travail six nouveaux cas de symphyséotomies pratiquées par M. Lepage, à la Pitié. Ces observations et celles qui ont déjà été publiées par lui portent à vingt-cinq le nombre de ses interventions de ce genre. Parmi elles, deux ont été faites en ville : La première et celle qui fait le sujet de notre vingt-deuxième observation ; quatre ont été exécutées à la clinique Baudelocque et ont été publiées par M. Pinard dans le compte rendu annuel des opérations de symphy-

séotomie ; quatorze autres enfin, ont été pratiquées dans les Maternités de Tenon, de Saint-Louis, de la Charité, de Beaujon. Voici le résumé très bref, de ces observations :

1^o 16 juillet 1892 (1) : symphyséotomie pratiquée en ville chez une secondipare, dans un cas d'accouchement prématuré spontané avant 8 mois 1/2, avec impossibilité d'extraire le fœtus avec le forceps en raison d'une tumeur utérine ou juxta-utérine descendant dans l'excavation. Enfant vivant ; mère guérie. Suites de couches physiologiques. Réveil d'une cystite ancienne.

2^o 30 juillet 1892 (2) (clinique Baudelocque). Femme II pare, bassin annelé. Diamètre P. s. p. 97. Symphyséotomie, extraction à l'aide du forceps d'un garçon pesant 4000 grammes. Mère et enfant sortis en bon état.

3^o 6 février 1893 (3) (clinique Baudelocque). I pare, bassin rétréci. Symphyséotomie ; forceps ; fille pesant 2950 grammes. Mère et enfant sortis en bon état.

4^o 13 août 1893 (4) (clinique Baudelocque). Femme ayant un bassin rétréci. II pare. Diamètre P. s. p. 93. Symphyséotomie et extraction à l'aide du forceps d'une fille de 3730 grammes. La mère et l'enfant quittent le service en bonne santé.

5^o 25 février 1895 (5) (clinique Baudelocque). Même femme que dans l'observation précédente ; nouvelle symphyséotomie suivie d'application de forceps, fille de 3660 grammes. Suites excellentes pour la mère et pour l'enfant.

(1) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1893, t. 39, p. 308.

(2) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1892, t. 38, p. 442.

(3) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1894, t. 41, p. 5.

(4) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1894, t. 41, p. 14.

(5) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, t. 45, p. 5.

6° 14 août 1895 (1) (Maternité de Saint-Louis). II pare bassin rétréci. Diamètre P. s. p. = 98. Symphyséotomie, puis application de forceps. Enfant de 3000 grammes ; Bi P = 9,5. La mère et l'enfant partent en bon état.

7° 26 août 1895 (maternité de Saint-Louis). V pare, bassin rétréci ; application de forceps, insuccès ; symphyséotomie, puis forceps. Enfant de 4510 grammes ; Bi P = 10,5. Dans la suite, un peu de cystite. La mère et l'enfant se portent bien à leur départ.

8° 4 septembre 1895 (Maternité de Saint-Louis). IV pare, bassin rétréci : Diamètre P. s. p. 10 centimètres ; symphyséotomie suivie de l'expulsion spontanée d'un enfant pesant 3400 grammes. Bi P. 9,6. Suites de couches normales. Bon état au départ.

9° 6 septembre 1895 (Maternité de Saint-Louis). V pare, bassin rétréci : Diamètre P. s. p. = 10 centimètres ; application infructueuse de levier-préhenseur. Symphyséotomie, forceps. Enfant de 4000 grammes. Bi P = 9,2. Incontinence d'urine dans les suites de couches, par suite d'une fistule vésico-utérine qu'on ne peut attribuer à l'opération : la tête a appuyé assez longtemps sur la paroi postérieure de la vessie et il y a eu 5 applications de forceps en ville. A l'entrée dans le service, les urines étaient sanguinolentes.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

10° 3 octobre 1895 (Maternité de Saint Louis). Femme rachitique, III pare ; bassin rétréci. P s. p. 9,5. Section de la symphyse, puis version et manœuvre de Mauriceau. Garçon de 3050 grammes. Bi P = 9,5. Suites de couches physiologiques ; bon état au départ.

Cette femme a été symphyséotomisée de nouveau par M. Lepage le 4 janvier 1899 (voir notre observation n° 20).

11° 30 octobre 1895 (Maternité de Saint-Louis). II pare, déjà

(1) Cette observation et les 5 suivantes sont publiées dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, t. 45, p. 198 et p. 296.

ymphyséotomisée le 1^{er} mai 1894 par M. Porak à la Maternité de Lariboisière. Diamètre Promonto-pubien minimum = 10,3. Diamètre du sous pubis au faux promontoire 10,5.

Après section de la symphyse, on arrive sur du tissu fibreux ne permettant qu'un écartement de 2 cent. 5; à l'aide de débriements, on n'obtient qu'un écart de 3 centimètres; puis de 5 centimètres. Expulsion spontanée d'un enfant de 3600 grammes. Bi P = 9,4. Suites de couches normales.

Bon état au départ.

12^o 27 août 1894 (1) (hôpital Tenon). Femme de 19 ans, bassin rétréci, légèrement asymétrique. Diamètre P. s. p. 9 centimètres. A l'entrée dans le service, les bruits du cœur fœtal sont irréguliers, sourds, ralentis. Symphyséotomie d'emblée, puis forceps. Extraction d'un garçon de 3.060 grammes qui ne put être ranimé. La femme sort trois semaines après en bon état.

13^o 1^{er} avril 1895 (Maternité de La Charité). Femme de 27 ans, III pare. Diamètre P. s. p. 10 centimètres; symphyséotomie; application de levier préhenseur; extraction d'un enfant à tête très ossifiée. Suites de couches normales; bon état au départ.

14^o 2 avril 1895 (Maternité de Saint-Louis). Femme de 35 ans. IX pare. Bassin rétréci probablement asymétrique. Diamètre P. s. p. = 10,2. Présentation du sommet, variété frontale. Application préalable du levier préhenseur: insuccès. Symphyséotomie, puis levier préhenseur. Dégagement en mento-pubienne par suite de la difficulté que l'on éprouve à ramener l'occiput en avant. Enfant de 3.020 grammes. Bi P = 86. Bon état au départ.

15^o 8 février 1897 (Maternité de Beaujon). Femme de 27 ans. Diamètre P. s. p. 93; I pare et à terme, toussant depuis le début de sa grossesse, grippée au moment de l'accouchement. Forceps en ville. Symphyséotomie, puis application de levier

(1) Cette observation et les suivantes sont publiées dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1898, T. 49, p. 178.

préhenseur. Enfant de 2.400 grammes. Bi P = 7,8. Suites de couches pathologiques : curetage le 10 février et incontinence d'urine. Tout cesse vers le vingtième jour. Sort en bon état avec son enfant le trente-deuxième jour.

16^e 16 mars 1897 (Maternité de Beaujon). Femme de 29 ans, II pare. Diamètre P. s. p. = 10 centimètres, à terme. Symphyséotomie. Pendant quelques jours, légère élévation de température ; œdème des grandes lèvres, douleurs dans la jambe gauche. Tout cela disparaît au bout de douze jours. La malade se lève le vingt-cinquième jour et sort marchant très bien le trente-cinquième jour. Enfant de 3.620 grammes. Bi P = 9,7. Bien portant à la sortie.

17^e 17 août 1897 (Maternité de Beaujon). Femme de 40 ans, promontoire accessible ; I pare, à terme. Au moment de l'arrivée dans le service, les bruits du cœur fœtal commencent à se ralentir. Deux applications de forceps ; procidence d'une main et réduction. Symphyséotomie et application de levier préhenseur. Suites des couches physiologiques. Enfant de 4050 grammes : Bi. P. 9 centimètres ; a dû être ranimé ; dès sa naissance il perd un peu de sang par le nez ; meurt au bout de 48 heures. Fracture du rocher.

18^e 4 octobre 1897 (Maternité de Beaujon). Femme de 28 ans, II pare, à terme, bassin normal, gros œuf. Symphyséotomie d'emblée après 9 heures de travail. Extraction avec le levier préhenseur d'un enfant de 5200 grammes. Bi. P. = 99. Suites de couches normales, sauf crevasse et lymphangite du sein le huitième jour. Sortie en bon état. Le 30 novembre la malade est revue : elle ressent encore des douleurs pendant la marche.

19^e 11 janvier 1898 (Maternité de Beaujon). Femme de 24 ans, II pare, déjà symphyséotomie par M. Ribemont, forceps inutile, section de la symphyse ; découverte assez difficile de l'interstice par suite de l'abondance du tissu cicatriciel. Expulsion spontanée d'un enfant de 3150 grammes ; Bi. P. = 8,5. Suites de couches normales. Sortie en bonne santé.

Les six observations inédites que nous rapportons en détail à la fin de ce travail complètent cette série d'opérations. L'intervention qui fait le sujet de notre vingtième observation, a été pratiquée sur la même femme déjà symphyséotomisée par M. Lepage le 3 octobre 1895, à la Maternité de Saint-Louis. Deux femmes ayant été par conséquent opérées deux fois, ces 25 observations ne portent que sur 23 femmes et elles ont donné les résultats suivants, comme on peut le voir en parcourant les observations récentes : 22 femmes ont guéri ; la dernière de la série est morte malheureusement moins d'une heure après l'opération. Nous discuterons plus loin les causes que l'on peut invoquer pour expliquer ce décès. Disons de suite que pour notre part, nous le rapportons au choc opératoire.

Quant aux enfants, 22 sont sortis bien portants. 3 ont succombé.

De l'avis même de l'auteur « l'un d'eux dont la vitalité était gravement compromise au moment de l'intervention n'a pu être ranimé ; un autre enfant a été extrait vivant, mais a succombé au bout de 48 heures, et sa mort peut être rapportée aux interventions intempestives, de forceps et de levier préhenseur pratiquées avant la symphyséotomie (1) ». Le troisième enfin (obser. n° 23) présentait déjà à l'arrivée à la maternité de la Pitié des bruits cardiaques sourds ; un circulaire serré existait il est vrai autour du cou ; il faut ajouter qu'il y avait de l'hydramnios et que d'après la date des dernières règles, malgré le poids de l'enfant, le début de la gros-

(1) LEPAGE, *Exposé des travaux*, Steinheil 1898.

sesse remontait au plus à 8 mois. Mais nous croyons que l'enfant a surtout souffert de la longueur du travail de même que la mère a souffert de surmenage pendant toute la période de travail. Nous portons ce décès au compte de la symphyséotomie, mais nous ne croyons pas que pour les deux premiers, la symphyséotomie puisse être incriminée.

En résumé, dans cette suite d'opérations, la mortalité maternelle est de 4 %. Ce chiffre représente également la mortalité fœtale.

Tel est le bilan des statistiques particulières. Tout autres sont les chiffres que nous trouvons si nous consultons les travaux où on a recueilli les opérations pratiquées par des accoucheurs ayant des méthodes et des ressources opératoires différentes. On ne peut incriminer pourtant l'habileté des opérateurs ; les noms que nous rencontrons dans ces travaux sont trop bien connus pour que cette habileté soit contestée. Mais il est bien plus délicat, ayant réuni des documents épars, quelquefois incomplets, de se rendre un compte exact de leur valeur. Cette appréciation devrait être laissée à la bonne foi des seules personnes qui ont opéré, puis vu et observé avec soin et impartialité les suites de l'intervention. De plus, il se glisse inévitablement des erreurs dans ces travaux. A la fin du rapport du Professeur Morisani (1) sur la symphyséotomie en 1894, nous voyons annexée la statistique de Neugebauer (178 cas, les uns recueillis par Morisani de 1876 à 1886, les autres recueillis de 1887 au 31

(1) MORISANI. *XI^e Congrès international des sciences médicales* tenu à Rome 1894. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, 1894, t. 41, p. 282 à 306,

mars 1893). Cette statistique a du être soigneusement revue ; M. Varnier y a rencontré 5 cas, les uns faisant double emploi, les autres se rapportant à des opérations totalement différentes de la section du pubis. Cette statistique se réduit donc à 173 cas dont 124 correspondent aux 124 cas recueillis par M. Varnier de 1887 au 31 mars 1893. Il n'y a donc en réalité à prendre dans cette statistique que 49 cas auxquels Morisani ajoute les 124 cas de M. Varnier, plus 36 cas qu'il a recueillis du 1^{er} avril au 30 juin 1893 ; il y apporte encore 12 autres cas antérieurs oubliés dans la statistique de Neugebauer et enfin ceux qu'il a pu rassembler du 1^{er} juillet au 31 décembre 1893, soit 20 cas nouveaux. Au total 241 cas : voilà la statistique de Morisani. Elle donne une mortalité maternelle totale de 11,6 % et une mortalité infantile de 12 %.

« Mais ces faits, dit M. Bar dans son travail déjà cité, se rapportent à des cas recueillis en partie avant l'antisepsie et les récents perfectionnements de la méthode opératoire ».

Morisani ajoute d'ailleurs que ces chiffres ont besoin d'être commentés : ainsi dans la mortalité maternelle, il faudrait retirer 15 cas où les femmes succombèrent à des maladies indépendantes de l'opération, ou à des infections préexistantes ou contractées pendant l'opération. « Nous ne nous occupons ici, dit-il, que de la symphyséotomie aseptique. » Il reste ensuite 11 cas de mort par infection contractée avant ou pendant l'opération, et 2 cas seulement où les femmes moururent d'hémorrhagie.

Au sujet de la mortalité fœtale, voici ce que dit

Morisani : « Il faut observer que beaucoup de fœtus morts n'étaient pas à termes ; d'autres moururent à cause de la longue durée du travail et du retard apporté à l'intervention. Il ne faut pas oublier que la cause de la mort n'est pas toujours indiquée et que dans d'autres cas de mort, la faute en est probablement à l'accoucheur qui ne s'assura pas de la dilatation du bassin avant de procéder à l'extraction du fœtus ».

On voit donc toutes les difficultés que l'on rencontre ici et l'embarras où l'on se trouve pour émettre de justes conclusions au point de vue de la mortalité. Ce sont précisément les conclusions formelles à cet égard que l'on peut reprocher au travail de M. Rubinrot.

« Nos 136 observations de symphyséotomie, conclut M. Rubinrot, nous donnent deux cas de mort par accidents opératoires et 13 par complications post-opératoires,

« Or, ces 15 cas traduits en pourcentage donnent une mortalité maternelle de 11,03 % » Nous avons relevé dans les tableaux de cette thèse, les 15 cas signalés. Nous reportant à ce que nous avons dit plus haut sur la difficulté qu'on éprouve ensuite pour faire dans ces observations la part de ce qui revient ou non à l'opération, nous ne nous trouvons pas en droit de rejeter un certain nombre de ces décès que M. Rubinrot attribue formellement à l'intervention. Mais nous remarquerons que dans son observation n° 24, la femme était albuminurique, avec dégénérescence du foie et des reins, qu'on a fait sur elle avant section de la symphyse de multiples interventions : ballon de Tarnier qui amène procidence du cordon, puis ballon de Champetier, puis écarteur de

Tarnier. Cependant après l'opération, le col était rigide et incomplètement dilaté. On termine par trois applications de forceps et par des incisions sur les parties latérales du col. Le périnée non distendu préalablement par un ballon volumineux se déchire jusqu'à l'orifice anal; des matières fécales passent dans le vagin. Après cela, la femme meurt en 16 heures de septicémie et de choc opératoire.

L'observation classée par M. Rubinrot sous le n° 33 est celle classée sous le n° 76 dans la statistique de M. Pinard et M. Pinard la retranche du nombre des cas de mort où l'opération peut être mise en cause. On ne trouve à l'autopsie rien du côté de la plaie opératoire, rien non plus du côté des voies génitales ou aucune déchirure ne s'était produite pendant l'opération. La malade est morte de pneumonie à pneumocoques ainsi que le démontrèrent l'autopsie et les recherches bactériologiques.

Dans l'observation n° 34, l'autopsie n'a pas été faite; on croit à une embolie pulmonaire: il y a eu abondante hémorrhagie par déchirure du plexus rétro-pubien. Mais, sitôt les ligaments sectionnés, on n'a pas modéré l'écartement des os du bassin et ceux-ci se sont séparés violemment avec bruit, donnant un écart de 7 centimètres « On a entendu le bruit dans toute la salle d'opérations... Puis quand la tête tirée par le forceps a franchi le détroit supérieur, on néglige de faire refermer le bassin, aussi se produit-il une déchirure transversale de la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, intéressant l'urèthre » (1).

(1) BLEYNIE. Quelques remarques sur la symphyséotomie: *Limousin médical*, 1897, t. 21 p. 87.

Nous avons tenu à lire l'observation que M. Rubinrot, rapporte sous le n° 73. D'abord induit en erreur par ce fait que l'opération n'a pas eu lieu le 30 décembre 1896, comme l'indique M. Rubinrot, mais le 14 mars 1896, nous nous sommes assuré qu'il s'agissait bien de la même intervention exécutée par le Professeur Runge à Gœttingen, et rapportée par Arndt (1). L'opération eut lieu en effet le 14 mars à 6 heures du soir ; immédiatement après le poulx était petit, filiforme, à tel point qu'on finit par ne le sentir qu'à de rares intervalles. A 9 heures du soir, on examina la femme et on trouva sur la paroi antérieure au vagin une déchirure dont on ne put reconnaître les limites. On pensa à une rupture utérine avec hémorrhagie interne et à 9 h. 30 après éthérisation, on fit une laparotomie : on trouva un petit hématome dans le ligament large droit ; mais de déchirure utérine point. La femme meurt 42 heures après l'opération, et à l'autopsie on trouva une hémorrhagie dans le paramétrium droit, et une déchirure du vagin.

L'observation n° 71 du travail de M. Rubinrot, correspond à la 83^e observation de la statistique de M. le Dr Pinard.

« Nous savons, lisons-nous dans M. Rubinrot à la page 46, qu'on voudra expurger quelques-uns de ces cas de mort ; nous avons entendu souvent accuser les mauvaises conditions.... » Et l'auteur cite son observation n° 74 où il y a eu albuminurie et où la mère est arrivée à la Clinique Beaudelocque en fort triste état. En nous reportant

(1) ARNDT. *Centralblatt für Gynäkologie*, Leipzig 1896, T. 20, p. 627.

au rapport présenté au congrès d'Amsterdam, nous voyons que M. Pinard, ne songe pas du tout à alléger de ce décès son bilan opératoire.

L'observation n° 75 ne nous paraît pas non plus très probante, et cependant, dans le travail qui nous occupe, nous voyons qu'après avoir parlé de tous les cas douteux (par suite du manque de renseignements) d'infection puerpérale, l'auteur, à la page 45, ajoute : « Parmi nos cas de fièvre puerpérale où celle-ci nous a paru évidente, il en est un où la streptococcie paraît contestable pour l'auteur ». Ici, la femme est restée 8 jours à la clinique de M. Guillemet à Nantes, avant le début du travail. Elle avait à l'entrée de la laryngite grippale. Symphyséotomie le neuvième jour après l'entrée ; puis symptômes d'œdème de la glotte, et au bout de 54 heures, la femme meurt par asphyxie. L'observation ne précise pas si la laryngite et la grippe existaient toujours au moment de l'intervention. Mais que trouve-t-on à l'autopsie ? les lésions qui constituent le plus fréquemment l'affection dénommée œdème de la glotte, c'est-à-dire l'œdème de la base de l'épiglotte, et des replis aryteno-épiglottiques ; il y a des ulcérations nombreuses qui sont des cavités d'abcès streptococciques « il nous paraît bien probable, conclut M. Rubinrot, qu'il s'agit ici d'un érysipèle du pharynx dû à une infection streptococcique occasionnée par cette opération, le larynx étant le locus minoris resistentiæ, et la septicémie s'étant greffée dessus ». Mais nous lisons également cette mention inscrite aux résultats de l'autopsie : « plaie parfaite, organes génitaux sains. » Et nulle part, on ne note de déchirure des tissus, nulle part, on ne note d'hémorrhagie

opératoire. Nous pensons qu'il s'agit plutôt d'une angine grippale et que sur ce point faible ainsi créé sont venus, à un moment donné, se greffer des streptocoques, hôtes permanents de la cavité bucco-pharyngée comme l'on démontré en 1894, les recherches faites sur des personnes saines par MM. Widal et Bezançon.

Dans l'observation n° 79, il s'agit d'une bacillaire au premier degré dès l'entrée dans le service, et qui meurt au sixième jour après une poussée de granulie généralisée. Nous avons parlé de ce cas au début de ce chapitre.

La femme qui fait le sujet de l'observation n° 90 est morte six mois après l'opération des suites de septicémie. Nous nous contenterons de mentionner toute la série des opérations faites sur elle au cours du travail : il s'agit d'un accouchement provoqué à huit mois et demi. Deux fois, on a appliqué un ballon de Tarnier ; cette double application a été suivie de l'emploi d'une sonde de Krause, puis d'un ballon de Champetier, remplacé lui-même enfin par l'écarteur de Tarnier. En dernier lieu, application de forceps, puis après symphyséotomie, on en fait encore une nouvelle application.

L'observation n° 125, de M. Charles, de Liège, est celle dont nous avons parlé précédemment et au sujet de laquelle M. Charles s'exprime ainsi : « C'était une femme qui avait été tripotée pendant plusieurs heures, puis balottée une partie de la nuit dans une charette qui l'apportait à la Maternité : c'était un très mauvais cas qu'on aurait pu éliminer dans une statistique expurgée. »

Quant à la mortalité fœtale, « si nous excluons, dit M. Rubinrot, les cas où avant le symphyséotomie la mort

de l'enfant était constatée et ceux où la vie de l'enfant pouvait être mise en doute, il nous reste encore 19 cas, où le but de l'opération, sauver l'enfant, n'a pas été atteint ».

Il y a d'abord un cas, où le cou de l'enfant était entouré de circulaires.

Parmi les dix-huit cas qui restent, il en est un (obs. 87) où l'enfant meurt au bout de trois jours. M. Rubinrot en ignore la cause ; il s'agit d'un accouchement provoqué de huit mois et demi ; ce mode d'intervention donne déjà une mortalité fortale élevée. On a employé la sonde de Krause, le ballon de Champetier ; on a fait un essai infructueux de forceps ; on a pratiqué la version et la manœuvre de Champetier de Ribes. Les dimensions du bassin ne sont pas notées, ni le Bi. P. du fœtus qui ne pesait que 2.300 grammes, ni l'écartement interpubien obtenu. Notons que la sonde de Krause a produit un décollement du placenta suivi d'hémorrhagie.

Sept autres enfants paraissant bien viables aux opérateurs, succombent dans un court délai à des affections broncho-pulmonaires. Dans ces cas, trois enfants n'étaient pas à terme (un à sept mois et demi, les deux autres à huit mois et demi) et pour ces deux derniers, de multiples interventions ont été pratiquées pendant le travail avant l'opération. Dans un cas, il s'agit même d'un accouchement provoqué.

Nous savons bien qu'on trouve dans les tableaux que nous consultons d'autres observations, celles-ci heureuses, d'accouchements avant terme suivis de symphyséotomie, mais cela ne nous met pas en droit de conclure que dans les cas précédents c'est la symphyséotomie

qu'on doit incriminer et particulièrement dans les cas où cet accouchement avant terme est un accouchement provoqué ; car nous savons également que cette combinaison opératoire est proscrite comme néfaste par les partisans les plus autorisés de l'agrandissement momentané du bassin par section de la symphyse. On voit donc encore ici, le grand inconvénient qu'il y a à mêler dans une statistique des cas tout-à-fait dissemblables par le procédé opératoire, cas dans lesquels, il ne faut pas voir que le principe de l'opération à critiquer, mais où il importe surtout de considérer la méthode suivie, précisément quand l'abandon de cette méthode, fait acquis aujourd'hui, contribue à l'amélioration des résultats.

Ensuite, ajoute M. Rubinrot, nous trouvons parmi les causes de mortalité infantile à mettre en première ligne, des applications multiples de forceps avant la symphysectomie, faites tantôt en ville, tantôt à l'hôpital. Dans un de ces cas, on note jusqu'à cinq applications de forceps faites en ville ; dans un autre, six ou sept. Nous savons que les conclusions de MM. Pinard et Varnier s'opposent avec énergie à ces interventions intempestives, qui disparaissant de la pratique diminuent beaucoup le bilan des décès.

Il est enfin un cas que nous avons particulièrement noté : c'est celui de l'observation n° 125 où il y a eu procidence du cordon au moment de l'extraction. Néanmoins, une application de forceps a été faite, saisissant entre l'instrument et la tête plusieurs anses de cordon. Celui-ci a été coupé par le forceps. L'enfant aussitôt extrait ne jette qu'un cri et il est impossible de le ranimer.

Cependant M. Rubinrot retient 19 cas de mort causée par la symphyséotomie et sa mortalité infantile s'élève de ce fait à 13,97 p. 100. Nous pensons que ce travail, tout consciencieux qu'il est, ne permettrait pas à M. Rubinrot d'en tirer de telles conclusions et surtout d'ajouter : « Notre statistique ne donne peut-être que des résultats minima. »

CHAPITRE II

Nous nous contenterons ici, d'étudier les observations que nous avons réunies et de mentionner les particularités qu'elles présentent tout d'abord dans l'ensemble des faits qui ont motivé ou précédé la symphyséotomie, puis dans les différents temps de l'acte opératoire ainsi que dans les soins consécutifs ; enfin dans les suites immédiates ou éloignées.

Toutes ces symphyséotomies ont été pratiquées sur des bassins rétrécis, l'enfant étant vivant ; il en est une cependant (obs. 26) qui fut exécutée malgré la mort de l'enfant pour permettre l'embryotomie.

Nous avons dit, qu'à part les cas où l'histoire des accouchements antérieurs et le degré de viciation du bassin renseignent suffisamment l'accoucheur sur l'utilité d'une intervention précoce, celui-ci doit, tant qu'il n'a pas la certitude de l'impossibilité de l'accouchement spontané, surveiller de près tous les phénomènes du travail, la lenteur excessive du travail et des procidences du cordon étant surtout à craindre. Un certain nombre d'opérateurs se contentent d'exercer une surveillance soigneuse, et usent peu des différents procédés de dilatation artificielle ; d'autres, désirant diminuer la durée du travail, ou dans le but de préparer les voies au

foetus, se servent volontiers de ces procédés. Il est enfin des cas, où l'état du foetus exigeant une rapide intervention, on est appelé à pratiquer la dilatation manuelle. Quatre fois seulement dans nos observations on a hâté la dilatation : avec l'écarteur de Tarnier (obs. 27 et 30), avec un ballon de Champetier (obs. 10); et une fois, ne pouvant placer un ballon, on a fait la dilatation manuelle du col en douze minutes par le procédé de Rizzoli : il n'y a pas eu de lésion du col. Notons enfin que dans un cas seulement (obs. 38) il y a eu procidence du cordon, qui a pu être rétropulsé.

Le plus souvent, la symphyséotomie a été pratiquée d'emblée; mais dans huit observations, nous notons, précédant l'opération, des applications de forceps : 5 fois on n'a fait qu'une seule application (obs. 1, 9, 24, 25, 41); dans l'observation 25, les essais ont été vigoureux et la symphyséotomie n'a permis d'extraire qu'un enfant mort. Dans les autres cas, on a essayé : 2 fois (obs. 3), 3 fois, la troisième fois avec des lacs (obs. 39), et l'enfant ranimé avec peine est mort après 24 heures. Dans l'obs. 14, on a tenté 8 fois, en ville, l'extraction par le forceps; l'enfant mourut au bout de 24 heures, il avait une fracture du crâne.

Etudions maintenant les incidents pendant la durée de l'opération et les soins consécutifs à l'intervention.

Certains auteurs insistent beaucoup sur les difficultés qui surviennent pendant l'incision, difficultés dues à l'œdème de la région, à la surcharge graisseuse, à un abdomen pendulum, à des hémorrhagies. Dans l'obser-

vation 6, les tissus maternels étant imbibés de sérosité, le bistouri causa un grand délabrement du côté de la cloison vaginale : on avait pratiqué dans ce cas l'incision sous-cutanée. Dans l'observation 9, le docteur Fieux fait remarquer que malgré l'adipose considérable, la symphyséotomie se fit rapidement. Dans un cas (obs. 18), il y avait de nombreuses varices de la région pubienne : deux vaisseaux seulement donnèrent un peu de sang. Il en fut de même dans l'observation 21. Nous relevons deux cas où l'hémorrhagie fut abondante, en nappe (obs. 33 et 39) : un tamponnement en eut facilement raison. Enfin, chez une femme dont le bassin était vicié par spondylolisthésis (obs. 42) et qui avait un abdomen pendulum très marqué, comme le montre la photographie que l'auteur a jointe à l'observation, on ne fut nullement gêné pour inciser les tissus prépubiens.

La section de la symphyse est en général facile, même dans certains cas où l'opération a été pratiquée sur des femmes déjà symphyséotomisées antérieurement (obs. 7, 12, 34). Une fois (obs. 20), chez une femme opérée pour la seconde fois, on arriva sur du tissu fibreux criant sous le scalpel ; néanmoins, on trouva facilement l'interstice. Une autre fois (obs. 5), chez une femme symphyséotomisée deux ans auparavant, on ne put trouver le cartilage articulaire et on fit la section du pubis avec la scie à chaîne. Enfin, dans la deuxième symphyséotomie exécutée par Heinricius (obs. 15), la symphyse fort ossifiée dût être sectionnée en partie au ciseau : dans ce cas, l'opérée n'avait jamais subi antérieurement la symphyséotomie.

Dans aucun des cas que nous rapportons, il n'y eut

d'obstacle sérieux à l'écartement des pubis. Dans une des symphyséotomies pratiquées par M. Lepage (obs. 20), l'écartement obtenu ne fut d'abord que un centimètre et demi; chez cette femme déjà symphyséotomisée antérieurement, il existait en haut et en arrière de la symphyse des tractus fibreux très résistants dont la section permit un écartement de 5 cent. 5. Au moment du passage des grands diamètres de la tête au détroit supérieur, l'écartement fut même de 7 centimètres. En général, l'écartement provoqué n'a pas dépassé 5 ou 6 centimètres; cependant, dans deux cas, il atteignit 7 centimètres (obs. 16 et 20) et dans deux autres cas, il s'éleva à 9 centimètres (obs. 25 et 42).

En même temps qu'on a écarté les pubis, on a noté différents accidents : 3 fois, des déchirures du vagin et de la vulve : dans un cas (obs. 5) l'écart provoqué est de 6 centimètres et cet écart provoque une tension extrême des tissus et même une perforation entre le vagin et la plaie. Dans un autre (obs. 34), il s'agit d'une déchirure transversale des tissus situés au-dessous de l'urèthre. Dans le 3^e cas, une petite déchirure s'est formée à gauche de l'urèthre, faisant communiquer le vagin avec la plaie rétro-pubienne (obs. 20). — Dans 3 observations, nous trouvons notées des hémorragies survenant après l'écartement des pubis et venant de l'espace rétro-symphysien : abondante dans deux de ces cas (obs. 25 et 31) l'hémorragie fut légère dans le troisième (obs. 23). Toutes furent facilement jugulées par un tamponnement. Enfin deux fois, l'autopsie montra qu'il existait des lésions légères du côté des articulations sacro-iliaques (obs. 23 et 26).

Pour extraire l'enfant, l'opérateur peut choisir entre deux procédés : dans l'un, on laisse réveiller un peu l'opérée de façon à permettre les contractions utérines et l'accouchement spontané. C'est ce qui a été fait deux fois (obs. 13 et 22). Le procédé ne serait pas très douloureux (Zweifel, congrès de Moscou) ; mais cette solution si simple expose davantage l'enfant. Le plus souvent, on intervient soit par le forceps (23 fois ; dans l'obs. 9 la symphyséotomie est exécutée sans lâcher la prise faite, avant l'opération), soit par le levier préhenseur (obs. 18, 19, 20, 21, 23), plus rarement par la version (obs. 2, 42). Enfin, deux fois (obs. 34 et 37), l'enfant se présentant par le siège avant l'opération, on a pratiqué simplement l'extraction par les pieds.

Les accidents qui peuvent accompagner la sortie de l'enfant, sont assez nombreux dans nos observations : l'utérus, le vagin, la vulve et le périnée sont relativement souvent lésés : dans l'observation 6, la cloison vaginale déjà lésée au début de l'opération et le périnée commencent à se déchirer et ces déchirures menaçant de s'étendre beaucoup, l'opérateur est obligé de faire l'épisiotomie.

Les lésions du col utérin sont assez fréquentes : en lisant l'observation 21, nous voyons qu'une hémorrhagie se produisit sitôt après l'extraction, et continua pendant quelques heures après l'opération, souillant plusieurs pansements vulvaires et donnant des signes d'hémorrhagie abondante. On dut dans la soirée suturer une déchirure bilatérale du col. Une autre déchirure double est notée dans l'observation 24. — Deux fois l'au-

topsie permit de constater une déchirure unilatérale légère du col (obs. 23 et 42), et on remarqua (obs. 23) une partie de la paroi utérine visiblement contusionnée.

Plusieurs fois, les parois vaginales ont été lésées : tantôt légèrement, il ne s'agit que d'une éraillure (obs. 23 et 25), tantôt plus largement : il y eut dans un cas une déchirure de la paroi antérieure du vagin sur la ligne médiane et une déchirure de la partie gauche du col (obs. 33) et dans un autre cas (obs. 41) de fâcheuses contusions de la cloison antérieure.

Il y eut dans quelques interventions des déchirures légères du côté de la vulve (obs. 10, 14, 15, 19) ; mais nous trouvons dans l'observation 35 une rupture complète des tissus vestibulaires avec intégrité de l'urèthre qui fut seulement désinséré.

Nous relevons enfin deux déchirures complètes du périnée (obs. 21 et 41).

L'urèthre simplement désinséré, comme nous venons de le dire dans l'observation 35, a été déchiré pendant la symphyséotomie qui fait le sujet de l'observation 21. Chez la dernière des femmes opérées par M. Lepage, l'autopsie montra que la vessie, dont la face interne était indemne, présentait à sa surface externe des ecchymoses en arrière et en avant. Mais ces lésions semblaient plutôt dues à la pression exercée par la tête fœtale qu'à l'opération elle-même. Enfin, dans un cas (obs. 20), de l'incontinence d'urine de manifesta dès la première nuit qui suivit l'opération ; cette incontinence persista pendant quinze jours ; elle était liée à l'existence d'une fistule vésico-vaginale ainsi que le démontra l'injection, dans la vessie,

d'eau bouillie teintée de bleu de Méthylène; cette fistule siégeait dans le cul-de-sac antérieur du vagin, sur la ligne médiane, un peu en avant du col. Elle guérit d'ailleurs très facilement.

Les hémorrhagies qui ont accompagné l'extraction de l'enfant, ont eu des suites peu graves : tantôt il s'agit d'une hémorrhagie légère, en nappe, venant de derrière les pubis (obs. 9), ou de la partie antérieure de la vulve (obs. 19); tantôt il s'agit d'hémorrhagies abondantes : nous lisons dans l'observation 24 qu'il se produisit un écoulement considérable de sang veineux au niveau du bord inférieur de la symphyse, et dans l'observation 41, que l'écoulement de sang se fit par la plaie opératoire. Dans tous ces cas, l'hémorrhagie a rapidement cédé à un tamponnement.

La plupart des opérateurs ont eu recours à la délivrance artificielle. Cependant, dans l'observation 31, on a fait la délivrance par expression, et une fois (obs. 28), la délivrance spontanée a suivi immédiatement l'extraction.

Pour terminer, il ne reste plus qu'à achever de rapprocher les pubis et à suturer. Deux questions se posent donc : comment faire ces sutures ? comment assurer ensuite le contact des pubis ? Zweifel (congrès de Moscou), a d'abord préconisé la suture osseuse ; cependant, dans ses dernières opérations, il n'a fait que la suture fibreuse. Morisani n'admet pas cette suture osseuse, M. le professeur Pinard n'use pas non plus de ce procédé, M. Bar n'a fait qu'une fois cette suture osseuse au fil d'argent ; dans tous les autres cas, il a placé quelques points profonds

réunissant les parties fibreuses et a fait ensuite quelques points superficiels. On avait préalablement rapproché les os iliaques et pour les maintenir sûrement en contact, M. Bar recommandel'emploi d'un bandage de caoutchouc. Il avait employé d'abord le hamac de Tarnier, l'appareil de Guéniot, le bandage plâtré. Certains de ces moyens de contention ont été employés dans les observations que nous rapportons. M. le docteur Fieux à la suite de deux observations qu'il a récemment publiées insiste beaucoup sur une méthode toute différente.

Au début de l'année 1899, il écrivait les lignes suivantes (1) ». Je désire souligner l'excellent résultat opératoire et fonctionnel obtenu chez ma malade sans immobilisation consécutive. Avec mon maître le Professeur Lefour, nous avons toujours pratiqué nos sutures de la façon suivante : 3 catguts stérilisés n° 5, passés à fond dans les deux tranches du trousseau fibreux présymphysien, coaptent exactement le fibro-cartilage. Quelques points profonds et superficiels au crin de Florence pour les parties molles terminent la suture. De plus, chez toutes mes opérées, je me suis contenté, pour tout pansement, de badigeonner la plaie symphysienne avec du stérésol, qui n'est autre chose, comme on le sait, qu'un vernis à la gomme laque dissoute dans de l'alcool. Ceci, j'ai déjà eu l'occasion de le dire supprime pour ainsi dire la plaie symphysienne, ce qui est un gros avantage pour les soins à donner pendant les suites de couches, lavages, injections, cathétérisme, etc.

(1) G. FIEUX. De la symphyséotomie sans immobilisation consécutive. *Bulletin médical*, 1899, n° 41, p. 483.

« Chez nos symphyséotomisées précédentes, la suture employée m'avait paru si sûre et si solide que je me suis promis à la première occasion de laisser à celle-ci seule le soin de maintenir les pubis au contact pendant les suites de couches. L'appareil plâtré employé par Morisani, la ceinture de flanelle et le lit de Herbet, employés par Pinard, l'appareil à suspension de Tarnier et Lefour, sont tous, certes, de très bons appareils contentifs. Mais en réalité, sont-ils indispensables, une fois les pubis bien maintenus par de bonnes ceintures ? Certes, je n'ai pas la prétention aujourd'hui de répondre non. Je montre seulement que chez ma dernière opérée, j'ai mis de côté, de parti pris, tout appareil de contention ou d'élévation, et que le résultat a été particulièrement heureux. Dès le lendemain, l'accouchée, sans appareil ni pansement, soulevait le siège et écartait les jambes, tout comme ses voisines de salle, au moment des lavages et injections, et ceci, sans la moindre fatigue ni douleur.

« S'il était prouvé par d'autres observations semblables que l'emploi des ceintures ou appareils à suspension souvent pénibles pour la femme n'améliore en rien le résultat final ; s'il était prouvé que le mieux est de laisser l'opérée dans son lit, libre de ses mouvements, ce qui sans aucun doute permet la reprise de la marche bien plus facilement qu'après le ligottage et l'immobilisation ; je crois que la symphyséotomie tirerait profit de cette simplicité même des soins consécutifs ».

Cette année même, M. le Dr Fieux a publié une deuxième observation où il a suivi la même ligne de conduite ; les suites de couches ont été simples : les soins

habituels sont donnés sans tenir compte de la plaie opératoire qui est à l'abri sous son voile vernissé. Deux fois par jour, la malade sans contention aucune se soulève et place son siège sur le bassin au moment des lavages et injections. Ablation des points de suture le 10^e jour. La réunion est parfaite, à partir de ce jour, la malade se tourne et s'assied sur son lit. Le 16^e jour, elle se lève et à partir de ce moment, marche sans ressentir la moindre gêne du côté du bassin. » Suivent quelques réflexions de l'auteur : cette seconde observation montre que les différents appareils en usage pour rapprocher les deux moitiés du bassin sont loin d'être indispensables, les seules sutures pouvant donner un résultat anatomique parfait : en examinant la femme, on constate en effet, en avant la présence du vallon intersymphysien normal, large de 20 à 25 millimètres environ, et l'exploration vaginale montre la coaptation parfaite des deux pubis. M. Fieux ajoute que s'il tient tant à ce procédé, c'est surtout pour supprimer un appareil gênant, M. Varnier ayant montré à la Société d'obstétrique (séance du 6 octobre 1899) qu'un écart persistant de 3 à 4 centimètres n'avait pas grand inconvénient. De plus, cet écart pouvant, pour certains bassins produire un agrandissement permanent utile, on pourrait, en plaçant les sutures sur le manchon fibreux « graduer pour ainsi dire l'écartement des deux pubis, les maintenir à la distance qu'on jugera nécessaire en

(1) G. FIEUX : Symphyséotomie sans immobilisation consécutive. *Bulletin médical*, 1900, n° 34, p. 391.

vue des accouchements ultérieurs. Ce sera 2, 3 ou même 4 centimètres selon les dimensions primitives du bassin que l'on opère ».

Voyons maintenant les *suites opératoires immédiates* : M. Bar divise les accidents qui peuvent survenir en trois groupes : le choc opératoire, les hémorragies, et les accidents infectieux.

C'est au choc opératoire que nous croyons pouvoir attribuer la mort de la femme opérée par M. Lepage le 23 février 1900. Cette femme (obs. 23) qui présentait de l'hydramnios, entra à la Maternité de la Pitié le 22 février à 2 heures du matin. Pendant toute la journée, les contractions furent fréquentes; on pratiqua vers le soir, la rupture artificielle des membranes ou plutôt on rompit une seconde poche des eaux, la malade ayant déjà perdu le matin environ 1500 grammes de liquide. Néanmoins la dilatation ne progressa que lentement. Elle était d'une grande paume de main le 23 février à 10 heures du matin lorsque M. Lepage examina de nouveau la parturiente. La tête était un peu descendue, mais calée entre la symphyse et le sacrum; l'utérus tétanisé était moulé sur le fœtus; la femme souffrait beaucoup; elle était pâle et agitée. On lui donna un peu de chloroforme quelques instants avant le début de l'opération. Après l'extraction de l'enfant, l'état de la femme devint inquiétant; elle était faible et on comptait 144 pulsations. Un peu plus tard, la femme se cyanosa et resta ainsi avec un pouls filiforme et incomptable jusqu'à sa mort, moins d'une heure après l'opération. A l'autopsie,

rien ne fut trouvé qui pût expliquer cette mort rapide : il y avait eu, il est vrai, une hémorrhagie due à une courte déchirure du col, mais cette hémorrhagie parut peu abondante, et aucun des organes n'était anémié. Nous croyons donc qu'il s'agit de choc opératoire, chez une femme surmenée et qui de plus présentait un léger de rétrécissement mitral.

Nous avons à signaler d'autres morts brusques : dans deux cas, il s'agit d'éclampsiques. L'une (obs. 2) mourut moins de 24 heures après l'opération, elle eut une hémorrhagie abondante de sang noir par la bouche et le nez. L'autre (obs. 27) eut une crise d'eclampsie au bout de 24 heures.

Nous relevons dans plusieurs observations des hémorrhagies par inertie urérine ; peu grave dans deux cas (obs. 3 et 20) où elle céda à des injections chaudes et au massage de l'utérus, l'hémorrhagie occasionna la mort dans un troisième cas (obs. 26). Enfin, dans l'observation 2, il y eut, 9 jours après l'opération, une hémorrhagie secondaire d'origine infectieuse au niveau de la plaie symphysienne ; celle-ci semblait jusque là n'être le siège d'aucune lésion infectieuse, mais trois jours après, la symphyse se mit à suppurer.

Les accidents de beaucoup les plus nombreux sont les accidents dus à la septicémie. Dans 4 cas (obs. 1, 2, 15, 29) il y eut de la suppuration au niveau de la plaie opératoire. Une fois, on intervint pour un hématome rétro-symphysien infecté (obs. 4). Nous notons dans 3 observations (obs. 8, 29, 31) l'apparition d'une phlegmatia alba dolens pendant les suites de couches. Dans l'observation

14. la parturiente mourut de septicémie : elle était restée 2 jours en travail et avait subi 8 applications de forceps en ville avant d'être apportée à la clinique Baudelocque. Dans six autres cas (obs. 2, 18, 25, 31, 41, 42), il y eut encore des accidents d'origine infectieuse. Dans l'observation 2. la femme qui eut une pneumonie dès le lendemain de l'opération, eut au bout de 9 jours, une hémorrhagie au niveau de la plaie symphysienne et 3 jours après, il s'écoulait à cet endroit du pus huileux contenant des streptocoques. Il y eut alors des abcès multiples : suppuration d'un moignon oculaire, apparition d'un abcès dans un endroit où une piqûre de morphine avait été faite longtemps auparavant, abcès sous-aponévrotique de la région deltoïdienne droite. Le pus de tous ces abcès était rempli de streptocoques. Enfin, il y eut une vaste escharre sacrée, néanmoins la malade guérit. Dans l'observation 18, il y eut de légères élévations de température du quatrième au huitième jour ; il y eut un peu de fétidité des lochies. Ces accidents légers peuvent être rattachés à une infection vésicale due au cathétérisme. Dans l'observation 25, il y eut pendant très longtemps des phénomènes de septicémie : avant l'opération, cette femme avait du pus dans les urines ; le docteur Neale se demande si cette femme fut infectée au moment de l'opération ou si l'infection eût pour point de départ l'état des urines. Il ne peut répondre à cette question et dit seulement que la femme n'avait pas de signes de septicémie lorsqu'il fit l'opération et que, pour sa part, il n'essaierait plus pareille tentative s'il avait encore une malade dans les mêmes conditions. Il croit qu'une opération césarienne

aurait eu plus de chances de sauver l'enfant et que la mère aurait eu moins de risques d'infection. Il avoue d'ailleurs que dans ce cas, une première faute a été commise, ce sont les essais vigoureux d'extraction de l'enfant par le forceps avant la symphyséotomie. « C'est là, dit-il, une erreur commune, qui, si elle n'est pas fatale à la malade, lui rend du moins plus aléatoires les chances de guérison par une opération plus complexe ». Quoiqu'il en soit, la femme qui fait le sujet de cette observation eut pendant des semaines une température oscillant entre 37°2 et 39°8. Elle finit par guérir et sortit de l'hôpital capable d'aller et venir comme une femme bien portante.

Dans l'observation 31, la température tomba après l'ablation d'un tampon de gaz destiné à drainer la plaie retro-symphysienne. Elle remonta un peu plus tard au moment de l'apparition d'une phlébite de la jambe gauche. Enfin, dans un dernier cas (obs. 42) la femme mourut brusquement après avoir présenté une dyspnée intense : on crut à une embolie pulmonaire. L'autopsie pratiquée très tardivement ne permit pas, par suite de l'état du corps, de vérifier cette hypothèse, mais on trouva un clapier purulent entre la vessie et le pubis.

Nous constatons dans deux observations, des accidents pulmonaires durant les suites de couches : dans l'observation 2, la température monta dès le lendemain de l'intervention à 39°, et la malade fit une pneumonie très grave avec des phénomènes asphyxiques intenses. Il est vrai, que prise de grippe et de bronchite généralisée le 19 décembre 1897, elle fut opérée le 22 janvier 1898, la grippe étant encore en pleine évolution. — La malade de l'observation 38, fit une broncho-pneumonie.

Du côté de l'appareil urinaire existent également quelques complications d'origine infectieuse :

Obs. 15 : pyélite violente pendant six semaines ; mais avant l'opération, la malade avait une cystite à coli-bacilles.

Obs. 28 : pendant quelques jours qui suivirent l'opération, la température monta à 38°, grâce à une infection vésicale violente qui céda vite aux lavages.

A côté de ces complications septiques de l'appareil urinaire, nous remarquons trois cas où il y eut pendant les suites de couches de l'incontinence d'urine (obs. 3, 20 et 21). Dans l'observation 20, cette incontinence tenait à une fistule vésico-vaginale ; elle guérit. Dans l'obs. 3, l'incontinence ne dura que trois semaines ; la malade de l'observation 21 eut de l'incontinence, tant qu'elle resta couchée, seulement pendant la toux, le rire, ou les efforts ; mais comme nous allons le voir, elle eut à sa sortie de l'incontinence constante dans la station debout.

Signalons enfin deux cas où il se produisit une escharre sacrée (obs. 2 et 20).

Parmi les *suites tardives*, l'incontinence d'urine nous semble être la plus fréquente. « On peut, dit M. Bar, observer la symphyséotomie des troubles fonctionnels graves du côté de la vessie sans qu'il y ait eu effraction nette de cet organe ou de l'urèthre. Il semble que la partie de la vessie voisine de l'urèthre, que ce canal aient été violemment étirés pendant l'accouchement, que les fibres sphinctériennes de l'urèthre aient, peut

être, été en partie déchirées sans qu'il y ait eu rupture de la paroi de ce canal. L'incontinence d'urine est le résultat de cette lésion. J'ai lieu de croire que cet accident n'est pas rare. Sur les 22 femmes que j'ai opérées, 4 ont en effet présenté une telle complication..... Les accidents ne sont pas toujours légers et l'incontinence peut persister pendant fort longtemps. » Dans le journal américain de gynécologie et d'obstétrique, août 1898, nous voyons dans le compte rendu de la Société d'obstétrique de New-York un rapport du docteur Polk sur un cas intéressant de rupture de l'urèthre après la symphyséotomie : dans ce cas, la rupture ne guérit pas et l'incontinence persistait. Cette rupture portant sur la partie tout à fait supérieure, il était difficile d'intervenir par le vagin. Polk intervint en s'ouvrant une voie au-dessus de la symphyse. Après avoir séparé difficilement la vessie de l'utérus, et l'urèthre de la symphyse, il put arriver sur la déchirure qui se prolongeait jusque sur la vessie. Il fit une suture soigneuse. Le résultat fut bon, mais l'incontinence ne cessa pas tout à fait. Polk est aussi d'avis que pendant la symphyséotomie quelque faisceau musculaire indispensable a été déchiré. On comprend que dans ces cas, l'incontinence puisse persister longtemps. Nous relevons pour notre part trois cas d'incontinence d'urine persistant au départ des accouchées. Une femme opérée par M. Lepage (obs. 21) le 2 août 1899, sortit du service le 8 octobre ayant gardé son incontinence d'urine. Elle revint dès le début de novembre : dans la station debout, elle présentait alors une incontinence persistante et continue qui ne s'arrêtait qu'au bout

d'un certain temps, si la femme restait levée : dans cette position, il se formait alors une forte cystocèle, l'incontinence cessait de ce fait, et si la femme éprouvait alors le besoin d'uriner, la miction volontaire était extrêmement difficile. Assise ou couchée, elle ne perdait ses urines que pendant les efforts. Il y avait en même temps une déviation de l'urèthre telle que, lorsque la femme était couchée et urinait volontairement, le jet venait rencontrer la cuisse droite. Opérée deux fois par M. Baudron (désintertion, torsion et fixation de l'urèthre) et soumise à des séances d'électrisation, cette femme sortit guérie le 14 avril ; nous devons ajouter que les différentes personnes qui examinèrent cette malade se demandèrent s'il n'y avait pas une certaine part de simulation dans les troubles urinaires qu'elle accusait. Cependant, la femme revue le 15 mai se plaignait d'une légère incontinence d'urine pendant les efforts, et présentait de l'érythème à la face interne des cuisses.

La malade de l'observation 28, opérée par le Professeur Queirel gardait une légère incontinence d'urine pendant le rire ou les efforts, plus d'un an après l'intervention. — Enfin, la malade de l'observation 30 présentait encore de l'incontinence le jour de son départ, vingt-quatre jours après l'opération.

Deux femmes eurent pendant quelque temps des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs (obs. 1 et 21). L'une d'elles (obs. 1) en souffrit pendant un an et revue cinq mois après l'opération par le docteur Balfour, elle avait une atrophie considérable au membre inférieur droit dont la circonférence avait diminué de plus de

4 centimètres. Cette atrophie disparut avec les douleurs, et deux ans après l'opération, cette femme, en bon état depuis un an, accoucha pour la troisième fois : une application de forceps permit d'extraire facilement un enfant ayant le même volume que celui dont l'extraction avait nécessité la symphyséotomie.

Dans deux cas, nous voyons que l'opérée ne marchait pas encore très sûrement longtemps après l'opération (obs. 7 et 41) ; la femme de l'observation 7 était opérée pour la seconde fois. Enfin, deux autres femmes ont présenté un prolapsus complet de l'utérus : celle de l'observation 2, opérée par M. Bar, au début de l'année 1898, a été revue par lui en 1899 ; on lui a fait une hystéropexie. Celle de l'observation 33, opérée par M. Tissier, le 1^{er} mai 1898, présente à sa sortie de la maternité de Saint-Antoine un début de prolapsus utérin, et M. Bar, dans son travail sur la symphyséotomie, dans l'*Obstétrique* de 1899, écrit à la page 363, au sujet de cette malade : « Je ne l'ai pas revue, mais j'ai eu de ses nouvelles et je sais qu'elle se plaint d'un prolapsus qui débutait au moment où elle quittait l'hôpital et qui est devenu presque complet. »

L'étude des observations que nous rapportons ici, montre également que les enfants sont presque toujours nés étonnés, et, souvent même, en état de mort apparente. Mais, on a pu, en général, les ranimer très vite. Il en est six qui moururent pendant l'opération ou pendant les suites de couches :

OBS. 14. L'enfant meurt le lendemain de l'opération ; on avait fait huit applications de forceps en ville : il y avait une fracture du pariétal droit.

OBS. 23. Mort de l'enfant trois jours après l'opération ; cet enfant paraît avoir souffert de la longueur du travail pendant lequel on a noté souvent la tétanisation de l'utérus : il y avait de l'hydramnios et le cordon formait autour du cou un circulaire très serré.

OBS. 25. On ne put extraire qu'un enfant mort : l'auteur avoue qu'il croit avoir fait une première faute dans cette opération en essayant d'extraire la tête encore très élevée par une application de forceps avec tractions vigoureuses.

OBS. 27. L'enfant mourut de broncho-pneumonie au bout de quelques jours.

OBS. 30. Pas d'application de forceps avant la symphyséotomie. Cependant, le crâne de l'enfant est semé d'ecchymoses, il présente des convulsions et meurt le quatrième jour. Il y avait aussi de l'hydramnios.

OBS. 39. On fait avant la symphyséotomie trois applications de forceps, la troisième avec tractions au moyen de lacs. L'enfant naît en état de mort apparente, on le ranime avec peine ; il meurt dans les 24 heures. Pas de fracture du crâne, pas de contusion cérébrale ; mais des ecchymoses sous la plèvre et le péricarde. L'auteur ajoute à la fin de cette observation qu'il regrette de n'avoir pas fait la symphyséotomie d'emblée.

Signalons aussi deux autres enfants qui moururent l'un au bout de deux mois (obs. 41), et l'autre dans la première année, de diarrhée infantile,

Tous les autres enfants, allaités le plus souvent par leurs mères sont sortis en bon état.

Nous terminerons en citant les lignes suivantes empruntées au rapport de Pestalozza au onzième congrès international de chirurgie à Amsterdam en août 1899 :

« La symphyséotomie, bien qu'elle ne soit pas une de ces graves opérations qui réclament presque d'une façon absolue un local exprès d'opération, entraîne toutefois des dangers et implique des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au succès immédiat ; quelle que soit la confiance du médecin dans son habileté opératoire, difficilement il se décidera à pratiquer la symphyséotomie dans sa clientèle privée ».

Voiges, rapportant une observation de symphyséotomie faite à Kiel par Von Werth (obs. 41), ajoute à la suite de cette observation quelques réflexions personnelles et termine ainsi : « la symphyséotomie ne peut être pratiquée que dans une clinique ».

Parmi nos observations, il en est deux qui ont été pratiquées avec succès en dehors de tout établissement spécial (obs. 1 et 22). L'auteur de l'observation I, termine par les quelques lignes que nous reproduisons ici : « J'ai été frappé de la facilité de l'opération, faite avec un bistouri et un cathéter, et qui peut être pratiquée avec un assistant quelconque, inexpérimenté et dans une maison petite malpropre et peu éclairée ». Dans l'obs. 22, nous lisons que M. Lepage dut, après avoir fait au dernier moment et tant bien que mal les préparatifs absolument nécessaires, pratiquer la section du pubis avec un

bistouri de troussé très-pointu, le bistouri boutonné ne coupant pas. L'opération se fit sans aucun accident. Les suites de couches furent simples bien que la malade eût présenté quelques jours avant l'intervention une bartholinite gauche suppurée qu'on fut obligé d'inciser. Il y eut seulement vers le seizième jour, quelques phénomènes pulmonaires. La malade guérit parfaitement : revue à la fin de janvier 1900, il n'y avait aucun trouble de la marche ni de la miction.



En résumé, nous avons ajouté aux statistiques partielles déjà publiées, un groupe de 25 opérations de symphyséotomie pratiquées par un même auteur. Malgré ce nombre relativement peu considérable, cette statistique de M. Lepage nous paraît par ses résultats être un argument de plus en faveur de la symphyséotomie.

Dans les observations recueillies par nous dans les publications de 1899, nous relevons 6 cas de mort de l'opérée: ces décès sont dus à des causes très variées. Nous avons relevé aussi un certain nombre d'accidents ou de complications opératoires, mais qui, comme on a pu le voir, ont été le plus souvent peu graves. La plupart des opérées ont guéri assez rapidement; quatre seulement présentaient encore au bout d'un temps assez long des suites fâcheuses: dans 2 cas, il s'agit d'incontinence d'urine d'ailleurs légère: dans les 2 autres cas, de prolapsus utérin.

Nous avons vu aussi que l'immobilisation complète

n'était pas nécessaire pour obtenir des résultats heureux, que des sutures fibreuses suffisamment fortes et soignées avaient assuré 2 fois un rapprochement complet des pubis, sans immobilisation pendant les jours qui suivirent l'intervention, et qu'enfin dans ces 2 cas, un pansement adhésif au stérésol avait beaucoup facilité les soins donnés aux opérées pendant les suites de couches.

Parmi les enfants, nous comptons 6 morts. Souvent ici, la mort est imputable aux applications intempestives de forceps avant la symphyséotomie. Les autres enfants, nourris le plus souvent par leur mère, étaient en excellent état à leur départ.

Ajoutons que, si quelques opérateurs considèrent la symphyséotomie comme impraticable hors d'une clinique, d'autres ont entrepris cette opération en ville et dans des conditions particulièrement défectueuses. Nous rapportons deux observations d'interventions de ce genre et qui ont été suivies d'un plein succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Symphyséotomie pratiquée par le Dr BALFOUR en mai 1896
(*British medical Journal*. London, 1899, T, I^{er}, p. 403).

Femme de 30 à 40 ans. II pare: Premier accouchement : craniotomie. A l'arrivée du docteur Balfour, la femme était en travail depuis 20 heures, et les membranes étaient rompues depuis 16 heures. Présentation du sommet, dilatation complète; promontoire sacré inaccessible: faux diamètre conjugué de 8 cent. 1. Application infructueuse de forceps. Symphyséotomie ne présentant rien de spécial; puis forceps et extraction d'un enfant assez gros. Suture et application d'un bandage solide autour du bassin.

Cinq jours après, une petite ouverture qui s'est faite au niveau de l'incision donne du pus; un peu d'œdème du côté gauche. Au bout d'un mois, la malade est en bon état, sauf douleurs névralgiques dans la jambe droite. Au bout de cinq mois, ces douleurs persistent; la marche est encore difficile; atrophie du membre inférieur droit dont la circonférence a diminué de 4 cent. 3.

En juillet 1898, le docteur Balfour est appelé un matin, une deuxième fois pour cette même femme en travail depuis la veille au soir: au bout d'une heure, application de forceps et extraction facile d'un enfant, du sexe masculin et aussi gros que celui du précédent accouchement. Pendant l'année 1897, la femme s'était bien portée, n'avait plus souffert. L'atrophie de la jambe droite avait disparu.

OBSERVATION II

Symphyséotomie pratiquée le 22 janvier 1898 à la Clinique Tarnier par M. Bar (*Thèse BELLOY*, obs. 19. — P. BAR « La symphyséotomie » *L'obstétrique*, 1899, n° 4).

B..., 26 ans, entre à la Clinique Tarnier le 10 décembre 1898, au huitième mois de la grossesse. II pare. Première grossesse en 1897 ; fausse couche de deux mois. — Femme petite, rachitique, bassin généralement rétréci. Diamètre P. s. p. 9 cent. 2.

Le 19 décembre, la malade est prise de grippe avec bronchite généralisée. Le 22 janvier, la grippe étant en pleine évolution, la dilatation étant complète, on fait la symphyséotomie ; l'enfant, extrait par la version, naît en état de mort apparente ; il est vite animé. Poids 2,650 grammes. Pas de suture osseuse. La plaie cutanée est fermée au crin de Florence.

Le lendemain, T. 39°, début d'une pneumonie droite qui évolua avec des phénomènes d'asphyxie intense. Couennes vulvaires avec streptocoques. 9 jours après l'opération, hémorrhagie secondaire au niveau de la symphyse qui ne semblait jusque là être le siège d'aucune lésions infectieuse. 3 jours après, suppuration de la symphyse : écoulement par la plaie d'une grande quantité de pus huileux contenant du streptocoque. Abscès multiples à streptocoques. Ces complications durèrent plusieurs semaines et pendant la convalescence, apparut une vaste escharre au sacrum. Le 26 avril 1898, soit 94 jours après opération, la malade sort. Son enfant, mis en nourrice, se développe bien.

Revue en 1899, cette femme a un prolapsus de l'utérus. Hystéropexie.

OBSERVATION III

Symphyséotomie pratiquée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine par M. BAR, le 24 mai 1899 (*Thèse*, BELLOY, Observation 22).

V..., 26 ans, entre à l'hôpital le 24 mai 1899, à 9 heures matin ayant subi en ville deux tentatives de forceps. II père, à terme. Membranes rompues depuis le 23 mai, 6 heures matin. Présentation du sommet en G.T. Diamètre P.s. p. 10 c. 3, tête débordant le pubis. Symphyséotomie facile suivant la méthode habituelle : écartement modéré obtenu par abduction des cuissês. Aucune hémorrhagie.

Extraction facile de l'enfant par forceps. Tamponnement utéro-vaginal. Pas de suture osseuse : simples points de sutures profonds et superficiels. Bandage de corps ; application d'une bande de caoutchouc autour du bassin.

L'enfant né en état de mort apparente est facilement ranimé. Poids 3,800 grammes.

Pendant la journée, hémorrhagie assez abondante, d'origine utérine ; 500 grammes de sérum en injection sous-cutanée. Le soir, nouveau tamponnement utéro-vaginal. Pendant les suites de couches, la malade a présenté de l'incontinence d'urine pendant trois semaines. La mère et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION IV

(Symphyséotomie pratiquée le 26 décembre 1897 par M. BAUDRON à la clinique Baudelocque (*Fonctionnement de la clinique* 1898 et *Annales de Gynécologie* 1899, t. 52, p. 101).

B..., 27 ans. III père, entrée le 6 nov. 1897. 1^{er} accouchement spontané à terme 1894, fille vivante ; 2^e accouchement spontané à terme 1896, garçon vivant. Dernières règles : 2 au 5 fév. 1897. Début du travail, 26 déc. Présentation du sommet en

G. T.; angle sacro-vertébral accessible. A la dilatation complète, malgré des contractions énergiques, la tête ne descend pas. 4 h. 30 après la dilatation complète, section de la symphyse par M. Baudron: écartements de 6 centimètres. Forceps. Enfant de 4750 grammes vite ranimé. Réunion sans drainage.

Le 4 janvier incision d'un petit hématome infecté rétro-symphysien. La femme sort guérie le 22 janvier 1898. Poids de l'enfant à la sortie 4.480 grammes.

OBSERVATION V

Symphyséotomie pratiquée le 8 avril 1898 par M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE à la clinique Baudelocque (*Fonctionnement de la clinique, 1898 et Annales de Gynécologie, 1899*).

L... M..., II pare, déjà symphyséotomisée le 15 janvier 1896 par M. Bouffe de Saint-Blaise. Diam. P. s. p. 10 cent. 8. Dernières règles: 15 au 20 juin 1897. Début du travail le 7 avril à 3 heures soir. Dilatation complète le 8 avril à 9 h. 30 matin. Section des parties molles. Impossibilité de trouver le cartilage inter-articulaire; section du pubis avec la scie à chaîne. Ecartement provoqué 6 centimètres: cet écartement provoque une tension extrême des tissus et même une perforation entre le vagin et la plaie. Forceps, enfant de 4180 grammes; suture et drainage. La mère sort le 8 mai marchant très bien. L'enfant est mis en nourrice le cinquième jour. Il pesait alors 4150 grammes.

OBSERVATION VI

Symphyséotomie pratiquée par le docteur H. S. CROSSEN en 1898 (note du *The. Am. J. of. obst.* 1899, t. 39, p. 249; extraite du *Med. Rev.*, octobre 1898).

Crossen rapporte un cas de symphyséotomie qu'il pratiqua dans les conditions suivantes: l'urèthre étant écarté à droite à l'aide d'une sonde, il introduisit à gauche de ce canal et en face du bord inférieur de la symphyse un bistouri pointu. Ce bistouri fut poussé debas en haut au devant de l'articulation, le plat

de la lame contre la symphyse. On retira ce bistouri ; on introduisit à plat dans la plaie un bistouri boutonné. Quand la pointe de celui-ci atteignit le bord supérieur de la symphyse, le tranchant fut tourné vers l'interstice, et la symphyse fut divisée d'avant en arrière et de haut en bas.

L'écartement est provoqué par pressions sur les épines iliaques antéro-supérieures. Application de forceps pendant que les aides limitent l'écartement. Le plus grand écartement, obtenu au moment où la tête franchit le détroit supérieur, atteignit 6 centimètres.

Les tissus maternels étant œdématisés, l'introduction du bistouri et la section de la symphyse provoquèrent un grand délabrement du côté de la cloison vaginale. Pendant l'extraction, on fit une large épisiotomie pour limiter les lésions du périnée et de la cloison.

Application d'un appareil plâtré ; réunion fibreuse ne permettant aucun déplacement.

OBSERVATION VII

Symphyséotomie pratiquée avec succès par DRAGHIESCO sur une femme déjà symphyséotomisée antérieurement (note du *The Am. J. of Obstetrics*, 1899, t. 40, p. 113).

Draghiesco rapporte un cas de symphyséotomie pratiquée pour la seconde fois sur la même femme. Les deux opérations ont été suivies de succès.

Après la seconde intervention, la marche fut un peu plus difficile et la malade retrouva son aptitude à la marche plus lentement qu'après la première opération.

OBSERVATION VIII

Symphyséotomie pratiquée par M. DUBRISAY à la clinique Tarnier le 10 février 1898 (*Thèse BELLOY*, obs. n° 20. — P. BAR « La symphyséotomie » *L'obstétrique* 1899).

S..., Ipere, 22 ans. Rachitique. Bassin généralement rétréci

Diam. P. s. p. 10 c. 5. Entre à la clinique Tarnier le 10 février 1898. Sommet en OIGT. Symphyséotomie d'emblée à la dilatation complète, puis application de forceps. Enfant vivant qui se développa bien. Phlegmatia alba dolens dans le membre inférieur gauche.

Suites tardives (25 avril 1899) : vendeuse de magasin, cette femme reste debout toute la journée sans fatigue. Pas de troubles urinaires. Le palper de la région pubienne fait sentir au niveau de la symphyse une dépression peu profonde qui admet l'extrémité du doigt. Le pubis gauche est plus saillant que le droit. Par le toucher vaginal, on ne sent aucune dépression derrière la symphyse. Face antérieure du sacrum plane. Diam. s. P. 10. 5 ; bassin canaliculé. Légère mobilité des os iliaques lorsque la malade, étant debout, fléchit les deux jambes.

OBSERVATION IX

Symphyséotomie, sans immobilisation consécutive, faite à la clinique d'accouchements de Bordeaux par le Dr FIEUX, le 4 avril 1899 (*Bulletin médical*, 1899, p. 483).

M..., P..., 30 ans, capsuleuse. Premier accouchement en 1896 ; à terme, travail long ; manœuvres diverses par un médecin et une sage femme ; le Dr Fieux trouve une présentation de l'épaule gauche, dos en avant, chute du bras, procidence du cordon. Promontoire accessible à 10 centimètres. Version podalique, extraction pénible de la tête ; l'enfant est extrait mort. Il paraissait peser bien moins de 3000 grammes.

Grossesse actuelle : dernières règles 25 au 28 juillet 1898. En janvier 1899, le Dr Fieux voit la malade et propose l'accouchement prématuré ou la symphyséotomie à terme : on accepte cette opération.

Rupture de la poche des eaux le 3 avril 1899 au soir. Début des douleurs le 4 avril 1899 à 9 heures matin ; à partir de 10 heures, perte de liquide teinté de méconium. La malade entre à la clinique le 4 avril 1899 à 3 h. 30. Col deliscent, non

effacé ; liquide épais, verdâtre, bruits du cœur à 110, sourds ; tête élevée, occiput à gauche. On ne peut placer un ballon de Champetier. Dilatation manuelle du col par le procédé de Rizzoli en 12 minutes : le canal cervical mesurait encore 10 centimètres au moins. Forceps sans résultat. Après quelques hésitations dues à l'irrégularité des bruits fœtaux, le Dr Fieux décide la symphyséotomie sans lâcher la prise du forceps. Symphyséotomie en 7 minutes sans difficultés malgré l'adipose considérable. Ecartement de 6 centimètres. Extraction par le forceps. Pas de lésions des parties molles. Délivrance artificielle.

Enfant, du sexe masculin né étonné, vite ranimé. Poids : 2320 grammes, tête très ossifiée. Bi-P. : 9 cent. 5.

Une légère hémorrhagie en nappe se produit, venant de derrière le pubis. Tamponnement. Suture au catgut du manchon fibreux péri-symphysien ; puis sutures superficielles ; occlusion de la plaie au stérésol. On ne place ni appareil, ni ceinture.

Dès le lendemain, la malade soulève le siège sans douleur du côté de la symphyse, ni du côté des articulations sacro-iliaques. Suites de couches normales. Le onzième jour, réunion parfaite de la plaie ; le quinzième jour la malade se lève et descend avec facilité les escaliers le dix-septième jour. Sortie le vingtième jour ; pas d'écartement en arrière entre les pubis. L'enfant pèse 2950 grammes.

OBSERVATION X

Deuxième symphyséotomie sans immobilisation consécutive pratiquée à la Clinique de Bordeaux, par le Dr G. FIEUX, le 18 décembre 1899 (*Bulletin médical*, 1900, p. 391).

Femme de 31 ans, 1^{er} pare, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 3 ans. Dernières règles du 5 au 10 mars 1899.—Le 16 décembre, rupture prématurée des membranes ; bientôt suivie des premières douleurs du travail. Le docteur Fieux appelé le 18 décembre

au matin, est frappé de la petite taille de cette femme (1 m. 48), et par une très légère courbure des tibias. Tête mal fléchie, très volumineuse pour le bassin. Elle surplombe notablement la symphyse. Col effacé. Dilatation 5 francs. Une bosse séro-sanguine énorme, masque sutures et fontanelles. Diamètre P. s. p. 10 cent. ; il existe un faux promontoire à 9 cent. du sous-pubis. Bruits du cœur bien frappés.

La malade est transportée à la clinique du Professeur Lefour. A 2 h. 30 soir, le docteur Fieux place un gros ballon de Champetier qu'il extrait à 3 h. 15, gonflé à bloc, hors du canal vaginal. Symphyséotomie en 6 minutes. Application de forceps. Ecartement de 7 cent. La tête orientée d'abord en occipito-iliaque droite est dégagée en occipito-sacrée. Déchirure très légère de la petite lèvre gauche.

Délivrance artificielle. Suture du manchon fibreux au catgut; crins de Florence superficiels. Occlusion de la plaie au stérésol.

Enfant vivant, pèse 3300 grammes ; tête très ossifiée. Diam. Bi-P : 10 cent. Suites de couches normales ; la malade, chaque jour, se soulève deux fois dans son lit pour les injections. On n'a placé aucun appareil de contention. Le dixième jour, ablation des fils, réunion parfaite, la malade s'assied sur son lit. Elle se lève le seizième jour et marche sans douleur. Le dix-huitième jour, 4 janvier 1900, elle quitte le service avec son enfant pesant 3910 grammes.

OBSERVATION XI

Symphyséotomie pratiquée le 17 août 1898 à la Clinique Baude-locque par M. FUNCK-BRENTANO (*Fonctionnement de la clinique*, 1898).

T... E..., 38 ans, II paré. Le 14 août 1898, à minuit, perte abondante de liquide normal. Début des douleurs à 1 heure matin, le 15 août ; la femme entre à la clinique. Pas d'albumine dans les urines. Diamètre P. s. p. 9,7. Le 16 août, contractions peu fréquentes ; accès d'éclampsie à 6 h ; la femme n'avait présenté aucun prodrome : albumine dans l'urine après cet

accès, mais plus ensuite. Une seule contraction utérine jusqu'au 17 août. Une autre, le 17 au matin. Pendant les journées du 16 et du 17, la température oscille entre 37° et 37°8 ; le pouls est fréquent (de 115 à 140). Le 17 au matin, dilatation d'une petite paume de main, avec orifice souple presque complètement dilatable. Symphyséotomie à 11 h. 25 matin : Ecartement de 6 cent. avec l'écarteur. Application de forceps par M. Varnier, extraction du fœtus en bon état : poids 3550 grammes ; Bi-P : 8,5. Délivrance artificielle. Suture. Une heure après, la femme se réveille et parle.

Le 18 août, à 4 h. matin, la malade s'agite ; un flot de sang noir et fétide lui sort de la bouche et du nez. La femme meurt en 3 minutes. L'enfant bien portant est mis en nourrice le 27 août.

Autopsie : Pas de lésion du côté de l'œsophage ni de l'estomac, qui est rempli de liquide marc de café. Poumons congestionnés surtout le gauche. Epanchement pleural sanguinolent. Cinq petits infarctus au foie. Les reins se décortiquent mal ; 2 centimètres d'écart entre les pubis ; décollement rétro-symphysien de 2 centimètres de chaque côté ; rien du côté du cul-de-sac vésico utérin, ni du côté du péritoine. Diamètre P. p. minimum 7 cent. 8.

OBSERVATION XII

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Beaudelocque le 7 septembre 1898, par M. FUNNK BRENTANO (*Fonctionnement de la clinique* 1898 ; et *Annales de Gynécologie*, 1899.

R... L..., 34 ans, IV pare. Première grossesse 1886, accouchement spontané, enfant mort après 21 heures ; deuxième grossesse 1893, accouchement spontané, enfant vivant, meurt de bronchite ; troisième grossesse 1896 : symphyséotomie par M. Doléris : enfant vivant, bien portant aujourd'hui.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 25 au 31 décembre 1897. Entre à la clinique le 13 août 1898. Diamètre P. s. p.

10 centimètres. Début du travail le 6 septembre à 2 heures soir; dilatation complète le 7 septembre à 2 heures matin. Symphyséotomie à 4 h. 20 matin. Ecartement provoqué 6 centimètres. Forceps. Enfant vivant, pesant 3540 grammes. Suture et drainage.

Suites de couches normales : seulement un peu de lymphangite du sein les 19^e et 20^e jour. La mère et l'enfant sortent le 28^e jour en bon état.

OBSERVATION XIII

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Beudelocque par M. FUNCK BRENTANO le 1^{er} décembre 1898. *Fonctionnement de la clinique*, 1898. *Annales de Gynécologie*, 1899).

B..., XI pare : Diamètre P. s. p. 10 cent. 6. Les 4 premières grossesses ont été à terme, et ont donné 4 enfants vivants. Cinquième grossesse : avortement à trois mois ; sixième grossesse : accouchement prématuré à 6 mois ; enfant mort. Septième grossesse, accouchement à terme, sous chloroforme ; l'enfant meurt au bout de 12 jours. Huitième grossesse, accouchement spontané à terme. Neuvième grossesse : basiotripsie. Dixième grossesse, accouchement à terme, version, enfant mort.

Grossesse actuelle : dernières règles 20 au 22 janvier 1898. Entre à la clinique le 12 octobre ; début du travail le 30 novembre ; présentation du front. Dilatation complète le 1^{er} décembre à 8 heures soir. M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie par M. Funck. Ecartement 5 cent. 5. Expulsion spontanée d'un enfant de 3700 grammes. Délivrance artificielle ; suture et drainage. Suites bonnes. Sortie de la mère et de l'enfant en bon état le 1^{er} janvier 1899.

OBSERVATION XIV

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque par M. FUNCK BRENTANO le 5 janvier 1899. (*Annales de Gyné-*

cologie : communication de M. le professeur Pinard au Congrès d'Amsterdam, 1899.

B..., 38 ans, VII pare. Bassin vicié par exostose de la dernière vertèbre lombaire et de la première sacrée. Les 6 premiers accouchements ont été spontanés, à terme, enfants vivants ; leur durée a été normale.

Grossesse actuelle : dernières règles du 8 au 12 avril 1898. Début du travail 3 janvier 1899, 5 heures soir, par rupture des membranes. Le 4 janvier : 3 applications de forceps par un médecin ; 5 autres par un deuxième.

Entrée à la clinique le 5 janvier à 1 heure matin. Dilatation complète, présentation du sommet. Cœur fœtal oscillant de 172 à 120, mais, battements bien frappés. Pouls maternel 120. T. 37°2. Symphyséotomie, écartement 6 centimètres. Forceps par M. Varnier. Enfant de 48000 grammes, ne étonné, vite réanimé. Plaie vestibulo-vaginale ; l'extraction de l'enfant est suivie de l'issue d'un liquide vert et fétide. Mort de la femme 7 janvier 2 heures matin (septicémie) ; mort de l'enfant, 6 janvier, 5 heures matin (fractions du pariétal droit ; plaie cutanée sur l'occiput).

OBSERVATION XV

Symphyséotomie pratiquée à la clinique d'accouchements d'Helsingfors le 16 novembre 1897 par le docteur G. HEINRICIUS (*Finska läkare Sällskapets handlingar*. Helsingfors 1898, p. 875-887).

Femme de 27 ans, VII pare, entre à la clinique d'Helsingfors le 16 novembre 1897. Bassin rétréci : diamètre P. s. p. 8,3. — 1^{er} accouchement, forceps, enfant mort. — 2^e, craniotomie. — 3^e accouchement provoqué prématuré ; enfant mort pendant l'accouchement. Poids 2660 grammes. — 4^e accouchement prématuré provoqué ; enfant vivant, mais reste faible et meurt à 2 ans. — 5^e accouchement prématuré artificiel et version ; procidence du cordon ; l'enfant meurt pendant l'extraction. Poids 3300.

grammes.— 6^e grossesse à terme, présentation du siège, extraction, craniotomie ; rupture de l'utérus.

7^e accouchement 1897 : symphyséotomie le 16 novembre ; symphyseossifiée, sectionnée en partie au ciseau. Forceps. Rupture au niveau de la grande lèvre droite. Enfant vivant pesant 3780 grammes.

Pas de sutures de la symphyse ; bandage autour des hanches : drainage à la partie inférieure de l'incision.

Pyélite violente pendant 6 semaines (avant l'accouchement, il existait de la cystite à coli-bacilles) ; pendant ce temps, fièvre et fistule purulente au niveau de l'incision.

La réunion de la symphyse fut bonne, sans cal volumineux. La femme marcha bien. L'enfant sortit bien portant.

C'est la sixième symphyséotomie pratiquée en Finlande.

OBSERVATION XVI

Symphyséotomie pratiquée en août 1898 par le docteur JACOB. Nous nous contentons de mentionner ici l'indication suivante extraite de la thèse de M. Abelly (observ. n^o 22) : « M. le docteur Jacob, élève de M. Pinard, a pratiqué en août 1898, une symphyséotomie terminée au mieux pour la mère et l'enfant. Cette observation sera publiée dans une revue de Paris ».

OBSERVATION XVII

Symphyséotomie pratiquée par le docteur H. Mac KENNAN en 1898 (*The. Am. J. Of. obstetrics*, 1899, t. 39, p. 249).

Mac Kennan rapporte un cas où il pratiqua la symphyséotomie sur une naine de 1 mètre 12, et pesant 22 kilogrammes 65. Diamètre conjugué vrai : 6 cent. 8. Le mari de cette naine pesait 63 kilogr. 420. L'enfant extrait vivant pesait 2038 grammes. La mère et l'enfant se portèrent bien.

OBSERVATION XVIII

Symphyséotomie pratiquée par le Dr LEPAGE à la Maternité de La Pitié, le 8 juin 1898. II pare, bassin canaliculé, diamètre P. s. p. 97, section de la symphyse et application de levier préhenseur. Enfant de 3170 grammes ; Bi P. : 8.8. Accidents légers du 4^e au 8^e jour. Sortie de la mère et de l'enfant en bon état le 25^e jour.

C..., 36 ans, couturière, II pare.

Père mort à 68 ans, d'albuminurie. Mère morte paralysée à 47 ans.

Cette femme n'a marché qu'à 4 ans ; elle a été réglée à 13 ans et n'a fait aucune maladie grave.

Premier accouchement en 1896, chez elle, à terme. L'accouchement a été fait par une sage-femme. La grossesse avait été normale. Travail long : 4 jours. La période d'expulsion a duré 3 heures. Les battements du cœur étaient restés bons, mais 15 minutes avant l'accouchement l'utérus s'est tétanisé et les battements du cœur ont cessé subitement. Expulsion spontanée d'une fille, de gros volume, morte, répandant une odeur infecte. Hémorrhagie adondante : on a recueilli 1200 grammes de caillots. Délivrance artificielle au bout de 30 minutes. Suites de couches normales.

Grossesse actuelle :

Cette femme a eu ses dernières règles du 17 au 22 août 1897. Elle a senti remuer vers le 10 janvier 1898. Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse : 35 centimètres. Urines albumineuses. Rien à signaler à l'auscultation du cœur ni des poumons. Varices aux membres inférieurs, surtout à la jambe gauche.

Cette femme, ayant l'intention d'accoucher chez elle, a d'abord été soignée à domicile par une sage-femme et par un médecin.

4 juin. — Le matin, la femme perd un liquide roussâtre, sans avoir de douleurs. Elle continue à vaquer à ses occupa-

tions. Le soir, à minuit, la sage-femme l'examine et constate que c'est le sommet qui se présente, très mobile.

Le col n'est pas effacé. Elle donne un lavement à la glycérine et une injection.

5 juin.— A 6 heures soir, nouvel examen : sommet toujours mobile, pas de modifications du côté du col ; pas de contractions. Cœur fœtal bon.

6 juin.— A 3 heures matin, les contractions douloureuses commencent, revenant environ toutes les 15 minutes ; elles cessent complètement à 9 heures matin. A midi, la sage femme trouve une dilatation lenticulaire, sommet mobile, cœur bon. A 9 heures soir ; contractions peu douloureuses toutes les 15 minutes ; cœur bon. A minuit : dilatation de cinquante centimes ; une poche des eaux volumineuses est formée.

7 juin.— A 2 heures du matin, rupture précoce des membranes, liquide abondant normalement coloré. Dilatation de 1 franc ; cœur bon.

A 8 heures matin, même état, tête toujours mobile. Lavement. Repos au lit et injections de sublimé toutes les 2 heures. Contractions régulières toutes les 10 minutes. Dilatation de 2 francs.

A 2 heures soir : le liquide se teinte légèrement. Le docteur L..., qui avait été appelé demande le docteur Lepage qui constate que la dilatation atteint une petite paume de main ; la tête est élevée, manifestement retenue par le bassin. Il prescrit un lavement et des injections toutes les 2 heures. Cœur bon. Puis les contractions se rapprochent d'avantage, mais elles sont plus faibles.

A 5 heures soir, la situation est la même.

Pendant la nuit, les contractions sont faibles et espacées.

8 juin.— A 7 heures matin, M. Lepage trouve un orifice dilatable. La tête est toujours élevée et cependant fixée. Cœur bon. Il fait conduire la malade à la Pitié, elle arrive à l'hôpital à 9 heures matin. Température 37°3. Grand bain suivi d'une oilette et d'une injection.

M. Lepage examine la femme et confirme le diagnostic fait la veille : bassin canaliculé. L'angle sacro-vertébral est élevé ; la face antérieure du sacrum est convexe.

Diamètre P. s. p. 9,7. Diamètre S. P. s. p. 10. Diamètre Mi S. P. 10,4 ; à 9 h. 20 du matin, on commence à donner du chloroforme et la femme dort à 9 h. 35. On sonde la femme (150 grammes d'urine). Varices très développées au devant du pubis et dans la région clitoridienne. Après les soins habituels de désinfection, on commence l'opération à 9 h. 50. Incision de 4 centimètres au droit de la symphyse après avoir écarté la région clitoridienne à l'aide d'une pince hémostatique. A la première incision, deux grosses veines sont sectionnées et saignent abondamment. On fait l'hémostase et on incise les plans profonds. M. Lepage passe le doigt derrière la symphyse et incise celle-ci avec le bistouri de Farabeuf. Cette incision se fait rapidement. On recouvre alors la plaie d'une compresse stérilisée : on fait une légère compression, tandis qu'on cesse un peu le chloroforme et qu'on engage la femme à pousser. La tête ne descendant pas, M. Lepage applique le levier-préhenseur. La tête est orientée en D. T. Attirée par le levier, elle descend peu à peu pendant qu'on fait de l'expression. Une fois la tête dans l'excavation, M. Lepage fait faire la rotation, amenant la fontanelle postérieure sous la symphyse. Le levier est alors désarticulé : on engage la femme à pousser, et à 10 h. 6, la tête se dégage. Un circulaire très serré autour du cou, est sectionné sans pincés.

L'enfant répand une odeur fétide et il s'écoule du méconium avec le liquide.

L'écarteur n'a pas été placé.

Injection vaginale au permanganate de potasse ; puis injection intra-utérine, et à 10 h. 15, Madame Chineau fait la délivrance artificielle. Le placenta inséré sur la paroi antérieure n'est pas antérieurement décollé ; il est fétide. On fait ensuite une injection intra-utérine de 4 litres de permanganate et de 2 litres d'eau bouillie. Tamponnement vaginal à la gaze stérilisée.

A 10 h. 30 ; suture par deux fils d'argent et quatre crins de

Florence. Pansement à l'iodoforme et à la gaze stérilisée. Ceinture de flanelle maintenue par une ceinture de gymnastique.

Pas de lésions du périnée, ni des parties molles antérieures. 20 centimètres cubes de sérum de Marmorek et 500 grammes de sérum artificiel.

Après l'opération, T. 37°8. A midi, T. 38°2. P. 128. A 2 heures soir, T. 38°2. P. 128. A 4 heures soir, T. 38°4. P. 136. A 6 heures soir, T. 38°8. A 8 heures soir, T. 38°1. A 10 heures soir, T. 37°9. A minuit, T. 38°.

La malade repose, calme. Pas de vomissements.

9 juin. — A 2 h. matin, T. 37°6. A 4 h. matin, T. 37°4. A 6 h. matin, T. 36°4. A 8 h. matin, T. 36°3. A 5 h. soir, T. 37°5.

A 9 h. matin, la malade prend un peu de lait qu'elle vomit.

A 10 h. matin, M. Lepage change le pansement. Dans la journée, la malade urine deux fois volontairement ; mais elle a eu de l'incontinence à différentes reprises.

10 juin. — O retire le tampon vaginal qui est fétide ; injection vaginale au permanganate de potasse. M. Lepage change le pansement et sonde la malade (1500 grammes d'urine légèrement albumineuse). On laisse une sonde à demeure.

8 h. matin, T. 37°, P. 104. A 4 h. soir, T. 36°8.

On recueille dans la soirée 460 grammes d'urine.

11 juin. — A 8 h. matin, T. 37°2, P. 108.

On recueille dans la matinée 520 grammes d'urine trouble ; on enlève la sonde à demeure. Lavement glycériné qui produit peu d'effet. Injection vaginale. Dans la journée, trois selles spontanées.

A 5 h. soir, on retire avec une sonde 550 grammes d'urine. T. 38°, P. 116.

12 juin. — A 8 h. matin, T. 37°3, P. 108.

On retire dans la journée 750 grammes d'urine avec une sonde. Erythème de la face interne des cuisses ; un peu d'urine est évacuée sur le pansement. Injection vaginale au permanganate de chaux.

5. h. soir, T. 38°4, P. 108.

13 juin. — 8 h. matin, T. 37°4, P. 120.

Lochies fétides. Injection intra-utérine. L'utérus n'est pas douloureux. On retire avec la sonde 350 grammes d'urine. Lavement.

A 5 heures soir : T. 38°2. P. 136.

Lochies fétides ; injection intra-utérine. On retire à la sonde 210 grammes d'urine trouble. 10 cc. de sérum de Marmorek.

14 juin. — Matin : T. 37°3. P. 120.

Purgation (30 gr. huile de ricin).

M. Lepage enlève 1 fil d'argent et 2 crins ; on retire avec la sonde 500 grammes d'urine légèrement albumineuse.

A 5 heures soir : T. 38°9. P. 124.

Lochies fétides ; injection intra-utérine ; 310 grammes d'urine ; 5 selles abondants.

15 juin. — Matin : T. 37°. P. 108. Urines 615 grammes ; lavage vésical à l'eau boriquée et injection intra-utérine.

A 5 heures soir : T. 38°5. P. 104. Injection intra-utérine. On retire à la sonde 350 grammes d'urine. Lochies toujours fétides.

16 juin. — Matin : T. 37°. P. 100.

Soir : T. 37°7. P. 108.

1600 grammes d'urine à la sonde à différentes reprises. Lavage de la vessie à l'eau bouillie.

17 juin. — 8 heures matin : T. 36°5. P. 92. La malade soulevée sur le bassin émet seule environ 350 grammes d'urine. A 10 heures on retire encore à la sonde pareille quantité d'urine purulente. Lavage vésical à l'eau boriquée.

A 5 heures soir : T. 37°5. La malade ne peut uriner seule. On retire à la sonde 420 grammes d'urine. Lavage vésical.

18 juin. — A 7 heures matin, miction spontanée de 130 grammes. A 9 heures matin, nouvelle miction spontanée de 300 grammes, puis lavage de vessie. T. 36°7. P. 100.

A 5 heures soir : T. 37°3. P. 100. Lavage de vessie.

19 juin — Matin : T. 36°5. P. 98.

Miction spontanée. Toujours du pus dans l'urine : lavage.

Soir : T. 36°8. Lavage.

20 juin. — On sonde 2 fois la malade ; 2 lavages ; urines 600 grammes.

Matin : T. 36°5. P. 100.

Soir : T. 37°. P. 92.

21 juin. — Deux mictions spontanées dans la nuit ; urines un peu plus claires, légèrement albumineuses. Deux lavages de vessie.

Matin : T. 36°5. P. 98.

Soir : T. 36°9.

22 juin. — Deux mictions dans la nuit. Lavage de la vessie au nitrate d'argent.

Matin : T. 36°5. P. 104.

Soir : T. 37°4.

23 juin. — Deux lavages de vessie au nitrate d'argent et à l'eau boriquée.

Matin : T. 36°6. P. 104.

Soir : T. 37°.

24 juin. — Même traitement que l'on continue d'ailleurs jusqu'au 29 juin. La température oscille au voisinage de 37°.

30 juin. — La malade qui a déjà fait quelques pas la veille, marche facilement. Les urines sont claires ; on cesse les lavages de vessie. Plus d'incontinence.

3 juillet. — La malade quitte l'hôpital en bon état.

L'enfant, expulsé le 8 juin à 10 heures du matin dégage une odeur très fétide. Il est pâle et ne crie qu'après quelques frictions. Petite escharre à l'union du pariétal et du frontal droits. Chevauchement très-accusé de l'occipital sur les deux pariétaux. Sa température à la naissance est 38°6. Le soir à 4 heures sa température est 36°7, on le met en couveuse.

Poids 3170 grammes. Longueur : 54 centimètres.

Diamètres de la tête : OM : 13.2. OF : 11.2. SOB : 9. SOF : 11.8. Bi P : 8.8. Bi T : 7.8. SMB : 11.2.

Circonférences : 30 centimètres et 34 centimètres.

Le 9 et le 10 juin, l'enfant présente quelques convulsions. On lui donne un peu de sirop d'éther. La température oscille de 35°7 à 36°6. Le 14 juin, elle redevient normale et l'enfant commence à augmenter de poids (3230 gr.). On le sort de couveuse. L'enfant quitte le service le 22 juin pour être placé chez une nourrice. Il est en bon état et pèse 3400 grammes.

OBSERVATION XIX

Symphyséotomie pratiquée par le Dr LEPAGE à la Maternité de La Pitié le 26 octobre 1898 : III pare. Bassin aplati. Diamètre P. s. p. 10. Symphyséotomie, application de levier préhenseur. Enfant de 3740 grammes. Bi P : 9,5. Suites de couches normales, sortie en bon état.

B..., 24 ans, III pare, entre dans le service le 26 octobre 1898, à 4 heures du matin, en travail depuis 3 heures du matin.

Présentation de l'extrémité céphalique en D. T. Enfant vivant.

M. Croisier interne du service, atteint l'angle assez saillant, mais élevé; il est impossible de mesurer le diamètre P. s. p. à cause de l'indocilité de la femme.

La dilatation est de 2 francs.

La malade présente une stomatite intense; les dents présentent des altérations d'origine congénitale caractérisées par des stries transversales et des cannelures. Les ganglions sous maxillaires sont engorgés.

Taille de la femme : 1^m52.

Cette femme ne sait à quel âge elle a marché. Régulièrement réglée depuis l'âge de 18 ans.

Accouchements antérieurs. — 1^{er} accouchement en octobre 1894 à l'hôpital Cochin, à terme; présentation de la face; fille élevée au sein; morte au bout de trois semaines de convulsions.

2^e accouchement en février 1897 chez une sage-femme agréée

de la Pitié ; à terme, présentation du sommet ; fille, élevée au sein ; morte à 2 mois et demi de méningite.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 25 janvier 1898. Mouvements actifs perçus en mai. Hauteur de l'utérus 36 centimètres. Se reposait depuis 2 mois chez elle. Urines normales.

A 10 heures matin, M. Lepage examine la femme : dilatation complète, tête élevée, poche des eaux bombant fortement. Il rompt cette poche des eaux et mesure 10 cm. 6 de diam. P. s. p. (pendant l'anesthésie, on mesure de nouveau et on trouve 10 centimètres). Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus intenses ; mais l'orifice utérin qui était complètement dilaté revient sur lui même. A 11 heures matin, dilatation de 5 francs, col mou et extensible ; bruits du cœur fœtal 120. Ils atteignent 140 et 144 à 11 h. 25. Du liquide purée de pois s'écoule alors par la vulve. La tête n'appuie pas du tout sur le segment inférieur et à chaque toucher vaginal, elle file sous le doigt. A 11 h. 50, les bruits du cœur fœtal sont à 160, ils retombent à 140 vers 1 h. 30 soir. La tête ne s'engage pas, le col se rétrécit encore : les douleurs sont continues et très-violentes. A 2 h. 30, on prévient M. Lepage qui arrive une heure plus tard. A ce moment, l'orifice utérin est revenu en grande partie sur lui-même, la tête très ossifiée, présente un chevauchement assez marqué des pariétaux. On endort la malade à l'éther, et à 4 heures soir on commence l'opération.

La section de la symphyse est facile : elle est terminée à 4 h. 11. Écartement spontané de 4 centimètres. En raison de l'épaisseur de l'orifice utérin, l'accouchement spontané est à désirer. A l'aide de l'écarteur, on porte l'écartement à 6 centimètres, et on fait de l'expression utérine. La tête descend un peu. Le liquide amniotique se colorant de plus en plus, et un écoulement sanguin assez abondant étant survenu à la partie inférieure de la plaie, on applique le levier préhenseur, la tête étant en D. T, assez fortement inclinée sur le pariétal postérieur. L'instrument marque 9 cent. 5, de Bi. P. On opère des tractions lentes à cause de la résistance de l'orifice utérin ; la

tête franchit le rétrécissement osseux. Au moment du dégagement, légère déchirure de la commissure postérieure et suintement sanguin modéré à la partie antérieure de la vulve.

La tête étant dégagée, on aperçoit le cordon qui fait procidence un peu au-dessous de l'épaule gauche. Après la sortie du fœtus issue d'une assez grande quantité de liquide teinté, sans odeur. L'enfant naît étonné, mais crie au bout de quatre ou cinq minutes.

Lavage intra-utérin; délivrance artificielle. Le placenta était inséré sur la face antérieure de l'utérus, assez haut.

Tamponnement du segment inférieur et du vagin. Un point de suture sur le périnée. La plaie pubienne est réunie par deux fils d'argent, et par six crins de Florence. Pansement à la gaze stérilisée.

Température après l'opération: 37°4. Pouls 104.

A 8 heures soir: T. 38°2. Pouls 108. A 9 heures soir: T. 37°9 injection sous-cutanée de 20 cc. de sérum de Mormorek. A minuit: 37°8; la malade repose.

27 octobre. — 4 heures matin: T. 36°9.

8 heures matin: T. 37°2, pouls 120. La malade a bien dormi, elle a perdu du sang en assez grande quantité par la vulve: on est obligé de changer le pansement. La malade urine seule spontanément pendant la toilette.

6 h. soir: T. 37°3. Pouls 104. On retire le tampon vaginal, on le remplace après injection et toilette par de la gaze iodoformée.

28 octobre. — 8 heures matin: T. 37°: pouls 104. La nuit a été bonne.

6 heures soir: T. 37°4, pouls 104. La malade a mangé et se trouve bien. Elle urine souvent, sans difficulté.

29 octobre. — 6 heures matin: T. 37°, Pouls 100. Lavement de glycérine.

6 heures soir: T. 37°5. Deux gardes-rob.

30 octobre. — 8 h. matin, T. 36°4, P. 100. Bon état général.

6 h. soir, T. 36°8. Crevasses au mamelon droit; compressees boriquées chaudes.

31 octobre. — 8 h. matin, T. 36°8. P. 104. Sein droit dur et douloureux; compression. 6 h. soir, T. 37°8. Lavement, garde-robe copieuse.

1^{er} novembre. — 8 h. matin, T. 36°8. Sur les instances de la malade, on suspend l'allaitement. Compression des deux seins. 6 h. soir, T. 37°6.

2 novembre. — 8 h. matin, T. 37°. P. 100. on donne 0gr. 50 de calomel.

M. Lepage retire les fils; la plaie est en parfait état, la réunion est complète sauf sur un demi-centimètre à la partie supérieure.

3 novembre. — T. 36°8. P. 80. Etat général très satisfaisant. Pas de garde-robe.

4 novembre. — T. 36°8. P. 80. Une garde-robe provoquée par un lavement.

5 novembre. — T. 36°7. P. 90.

6 novembre. — T. 36°5. P. 80. Une garde robe.

7 novembre. — T. 36°9. P. 104. Cautérisation au nitrate d'argent au niveau d'un petit point saignant.

8 novembre. — T. 36°4. P. 80.

9 novembre. — T. 36°6. P. 80. On met la femme en salle, sans lit mécanique. Elle lève facilement les jambes.

10 novembre. — T. 37°2. On retire les fils du périnée.

11 novembre. — La malade se lève et fait quelques pas sans peine. Pas d'incontinence d'urine.

15 novembre. — La malade est examinée au point de vue de son bassin. L'examen est difficile, mauvais vouloir de la femme. Il n'y a pas d'écartement interpubien appréciable. On ne sent aucun glissement. La malade part en bon état.

L'enfant, du sexe féminin, pesant 3740 grammes, née étonnée, crie au bout de 2 minutes. Longueur 52 centimètres. Diamètres de la tête: OM 13,9; OF 11,8; SoB 10,4; SoF 12,4; BiP 9,5; BiT 8,7; SMB 11,1. Tête dure, très ossifiée. Chevauchement

du pariétal et du frontal gauches sur le pariétal et le frontal droits. L'occipital est enfoncé sous les pariétaux d'une façon très accusée. L'empreinte de l'angle sacro vertébral se trouve sur une très grande étendue du pariétal droit. Placenta 500 grammes.

L'enfant est allaité dès le lendemain par sa mère. Son poids baisse à 3480 le troisième jour puis monte peu à peu et atteint le cinquième jour 3550 grammes. La mère cesse l'allaitement. On confie l'enfant à une nourrice. Son poids reste d'abord stationnaire puis tombe après quatre jours à 3460 grammes.

Le quinzième jour, quelques signes de bronchite ; l'enfant est mise en couveuse, elle y reste pendant trois jours. Le 15 novembre, l'enfant quitte le service avec sa mère ; elle est en bonne santé.

OBSERVATION XX

Symphyséotomie pratiquée le 4 janvier 1899 à la Pitié par M. Lepage : IV pare, déjà symphyséotomie par M. Lepage. Diamètre P. s. p. 9 centimètres, section de la symphyse, application de levier-préhenseur. Fistule vésico-vaginale. Guérison de la mère. Enfant vivant de 3470 grammes, mort dans la première année.

Maria L... 28 ans.

Père mort tuberculeux ; mère bien portante.

Cette femme n'a marché qu'à trois ans, avec des béquilles jusqu'à 5 ans. Puis, a conservé une boiterie légère du côté gauche.

Grossesses antérieures : IV pare :

1^{er} accouchement : 28 février 1893, à la campagne ; sommet à terme, enfant mort pendant le travail ; forceps.

2^e accouchement : 29 mars 1894, à la campagne, fille à terme, morte pendant le travail, forceps.

3^e accouchement : 3 octobre 1895. Enfant de 3050 grammes, extrait par la symphyséotomie pratiquée par M. Lepage à Saint-

Louis (1). L'enfant n'a jamais été malade ; il est bien portant et très développé.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 23 au 27 mars 1898. A senti remuer au milieu du mois d'août. Hauteur de l'utérus, 36 centimètres. Cette femme, journalière, a travaillé dans les champs jusqu'à la fin du 7^e mois. Depuis, elle ne s'est occupée que de son ménage. Urines normales.

Examen de la femme : Léger raccourcissement du membre inférieur gauche (un centimètre environ). Légères courbures du rachis : l'une dorso-lombaire à convexité gauche ; l'autre dans la région dorsale moyenne, à convexité droite. Couchée sur le dos, légère ensellure lombaire : M. Lepage constate que les courbures rachidiennes sont beaucoup moins accusées.

Varices aux membres inférieurs. Utérus incliné à droite, légèrement en besace.

Présentation du sommet en D. P. ; engagement absolument nul, tête très mobile débordant le pubis et tendant à filer dans la fosse iliaque gauche.

Diamètre P. s.p. mesuré par M. Lepage, 9 centimètres. Madame Chincau et M. Sauvage trouvent 9 cent. 4. Il existe entre les deux pubis un écartement admettant la pulpe de l'index. Bruits du cœur normaux.

Le 2 janvier 1899, à 8 heures soir, apparition des premières douleurs qui se succèdent toutes les demie-heures pendant la nuit. Le 3 janvier, à 9 heures matin, la femme est examinée à la salle de travail : tête élevée, col déhiscent, poche des eaux intacte. Enfant vivant. Il existe des contractions douloureuses. A 10 heures 30 matin, M. Lepage examine la parturiente : la poche des eaux fait hernie par un orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs. A 2 heures soir. même dilatation. A 5 heures soir, dilatation de 5 francs. A 11 heures 30 soir, dilatation d'une petite paume de main. T. 36°. P. 70. Cœur fœtal bon.

Le 4 janvier, à 3 heures 50 matin, rupture spontanée des

(1) Observation publiée dans les *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1896. T. 45, p. 198.

membranes. A 4 heures la dilatation est complète et on prévient M. Lepage. A 4 heures 35, M. Lepage examine la femme et trouve la tête appliquée au niveau du détroit supérieur. Chloroforme, désinfection des organes génitaux et cathétérisme vésical. A 5 heures 25, incision sur la cicatrice ancienne: on pince deux vaisseaux qui saignent. Rapidement, M. Lepage arrive sur du tissu fibreux criant sous le bistouri. La section et l'écartement de la symphyse sont faciles: écartement spontané de 1 cent. et demi. A la partie supérieure de la symphyse et en arrière, des tractus fibreux gênent l'écartement. M. Lepage les sectionne, puis avec l'écarteur de Pinard provoque un écartement de 5 cent. et demi. On constate à ce moment l'existence, à gauche de l'urèthre, d'une petite boutonnière faisant communiquer cette partie du vagin avec la plaie rétro-pubienne. Cette solution de continuité semble due à l'angle inférieur du pubis gauche. Comme dans la première symphyséotomie, on constate, à un degré cependant moins accusé que le pubis droit reste sur un plan un peu postérieur au pubis gauche.

La tête, qui n'a pas subi le moindre engagement est cependant trop fortement appliquée sur le rétrécissement osseux pour qu'on puisse songer à pratiquer la version. La main gauche qui avait été introduite dans ce but, constate que le pariétal postérieur subit une forte pression de la colonne vertébrale et qu'il existe une dépression très marquée de toute la partie de la tête qui se trouve en arrière. On sent une main et le cordon au-dessus de la tête foetale. On applique alors le levier préhenseur et on exerce des tractions modérées. Au moment du passage des grands diamètres de la tête, il se produit un écartement de 7 centimètres, et un ressaut très net indique que l'engagement est effectué. On rapproche les jambes. Après la rotation de la tête, l'écarteur est enlevé et la femme expulse spontanément la tête foetale; pas de difficultés pour le passage des épaules.

L'enfant a rendu beaucoup de méconium. Injection intra-utérine; délivrance artificielle. Tamponnement vaginal à la gaze stérilisée.

Il existe au niveau de l'orifice urétral une plaie de 1 centimètre environ, dans laquelle on retrouve à l'aide d'une sonde métallique, l'orifice de l'urèthre très contus. Deux points de suture au catgut au-dessus de l'urèthre. Sonde à demeure dans l'urèthre. Deux points de suture au fil d'argent pour réunir les parties profondes présymphysiennes en cinq points superficiels au crin de Florence.

Température après l'opération 36°2; pouls 70. On fait à la malade 500 grammes de sérum.

9 heures matin : hémorrhagie assez abondante, venant non de la plaie mais de l'utérus. Massage de l'utérus qui reste dur. La malade est agitée : on lui fait une injection d'une demie seringue de morphine. On retire la sonde à demeure bouchée par un caillot.

3 heures soir : T. 36°8, pouls 150.

6 heures soir : T. 36°8. 300 grammes de sérum.

Minuit : T. 36°6. La malade repose.

5 janvier. — La malade a eu la nuit de l'incontinence d'urine : pansement, chemise et matelas sont mouillés. On change le tampon vaginal : on le remplace par de la gaze iodoformée.

8 heures matin : T. 36°6. P. 132.

3 heures soir : miction spontanée toujours involontaire.

5 heures soir : T. 37°8. P. 132. Il existe toujours de l'incontinence d'urine.

6 janvier. — La nuit a été bonne.

8 heures matin : T. 37°. P. 128. Incontinence d'urine pendant la nuit ; le pansement souillé est changé.

5 heures soir : T. 37°6. P. 140. L'incontinence persiste.

9 heures soir : T. 37°6.

7 janvier. — La nuit a été bonne ; plusieurs mictions spontanées volontaires, mais au moindre mouvement la femme perd son urine.

8 heures matin : T. 37°. P. 134.

6 h. soir : T. 37°8. P. 132

8 janvier. — L'incontinence d'urine paraît diminuer.

8 heures matin : T. 37°. P. 124.

6 heures soir : T. 37°7. P. 132.

On retire 2 fils d'argent.

9 janvier. — L'incontinence persiste.

8 heures matin : T. 36°9. P. 140.

10 janvier. — Pas de montée laiteuse. L'incontinence existe toujours.

8 heures matin : T. 36°8. P. 120.

6 heures soir : T. 37°2. P. 140.

11 janvier. — Petite montée laiteuse. Au niveau du sacrum, à l'extrémité supérieure du sillon interfessier, l'épiderme est soulevé, comme macéré et forme une phlyctène. On met la malade sur un coussin de caoutchouc pour éviter les frottements du drap toujours souillé.

8 heures matin : 37°2. P. 120.

6 heures soir : T. 37°. P. 120.

13 janvier. — Il s'est produit une escharre sacrée de la dimension d'une pièce de 1 franc. Pansement aseptique. L'incontinence subsiste. T. 37°2. P. 116.

14 janvier. — T. 37° ; incontinence nocturne.

15 janvier. — On continue à traiter l'escharre qui a les dimensions d'une pièce de 1 franc. L'urine s'échappe continuellement goutte à goutte de la vessie.

16 janvier. — La malade mise dans un lit ordinaire meut bien ses jambes et se met sur le côté sans gêne. L'escharre ne modifie pas.

18 janvier. L'escharre sèche : la malade se couchant sur le côté, la plaie n'est plus en contact avec l'urine. M. Lepage examine la malade : l'urèthre est béant. On injecte du permanganate dans la vessie. mais le liquide revenant par le pourtour de la sonde, on ne peut se rendre compte s'il y a communication avec le vagin.

19 janvier. — Même opération, mais avec le bleu de méthylène. Un tampon placé au fond du vagin se trouve bleui par sa face antérieure.

M. Lepage reconnaît alors avec le doigt l'existence d'une fistule vésico-vaginale dans laquelle il introduit facilement la pulpe de l'index.

L'escharre s'améliore beaucoup et en cicatrisant, se rétrécit par son milieu.

26 janvier. — L'escharre est en bonne voie de guérison. M. Lepage, et M. Baudron examinent la femme; l'orifice fistuleux, linéaire, mesure 1 centimètre et siège dans le cul-de-sac antérieur du vagin, sur la ligne médiane, en avant du col utérin.

3 février. — Chloroforme. M. Baudron suture la fistule, 3 points au fil d'argent. Sonde à demeure vésicale.

4 février. — L'urine suintant par le méat autour de la sonde, on débouche celle-ci et on vide la vessie toutes les heures.

5 février. — On laisse l'urine sécouler continuellement dans un urinal : la malade urine un litre d'urine claire.

8 février. — On supprime le siphon et on recommence à vider la vessie régulièrement toutes les heures, en débouchant la sonde à demeure.

11 février. — M. Braudron retire les fils. Une petite quantité d'eau bouillie est injectée dans la vessie : il en passe quelques gouttes au niveau des points. On installe de nouveau le siphon et on fait un léger tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

12 février. — Pas d'écoulement anormal d'urine ; un peu de pus dans l'urine. Lavages de la vessie à l'eau bouillie.

Les jours suivants, on continue les lavages. Le 16 février on retire la sonde à demeure ; la malade urine spontanément une heure après.

Elle se lève un quart d'heure.

19 février. — La malade se plaint d'une douleur au niveau de la cicatrice de la symphyse : on ne trouve dans cette région rien d'anormal.

23 février. — Au niveau de la symphyse existe un point douloureux à la pression. Par le toucher, on trouve que le pubis

gauche surplombe légèrement le droit ; il y a un léger écartement de l'articulation. La malade élève facilement son membre inférieur gauche au-dessus du plan du lit ; elle éprouve de la difficulté à exécuter le même mouvement du côté droit.

25 février — L'impotence du membre inférieur droit a disparu. La malade descend dans le jardin. Elle urine malgré elle, quand elle tousse.

27 février. — On mène la femme à la clinique Baudelocque pour radiographier son bassin, il est démontré que le bassin n'est pas oblique ovalaire, mais aplati d'avant en arrière.

14 mars. — La miction est facile dans la position horizontale ; mais dans la position assise, l'écartement des cuisses tire la plaie et la miction est gênée. Avant la symphyséotomie, la malade avait un certain degré de colpocèle, de rectocèle et de cystocèle.

Depuis le 15 janvier, la température a été constamment normale.

19 mars. — La malade quitte l'hôpital. Elle était d'ailleurs en état de le faire depuis quelques jours.

La montée laiteuse qui avait été abondante lors de l'accouchement précédent a été cette fois insuffisante pour les besoins de l'enfant, malgré différents galactogènes. Il a été nécessaire de donner à l'enfant du lait stérilisé.

L'enfant, du sexe féminin, pèse à la naissance 3470 grammes. Longueur totale : 51 centimètres. Diamètres de la tête : OM, 11,6. OF, 11,2. SoB, 9,4. SoF, 11. Bi P, 9,4. Bi T, 8,4. SMB, 9,3. Circonférences 33 et 35 centimètres.

Tête moyennement ossifiée. Toute la partie droite de la tête (examinée de face) surplombe de 1 centimètre la partie gauche qui est aplatie.

L'enfant a crié au bout de quelques instants sans avoir besoin d'être ranimé.

Le troisième jour, son poids tombe à 3100 grammes. Il augmente de 10 grammes le quatrième jour. La mère ayant peu de lait, on donne aussi à l'enfant du lait stérilisé à partir du cin-

quième jour. L'enfant augmente alors plus rapidement : le lait de la mère devenant plus abondant, on réduit peu à peu les tétées de lait stérilisé ; on les augmente de nouveau à partir du onzième jour, car l'enfant perd de nouveau de son poids. A partir du quinzième jour (poids de l'enfant 3420 grammes), on le fait nourrir par sa mère et par une nourrice.

L'allaitement par la mère n'est toujours pas suffisant, car chaque fois qu'elle n'est pas aidée par une nourrice, on note une diminution de poids de l'enfant. A chaque tétée, il prend d'ailleurs moins à la mère qu'à la nourrice.

Le 22^e jour, l'enfant ne pèse que 3,500 grammes : on le nourrit au sein et au lait stérilisé, il augmente de poids d'une façon progressive. Le 1^{er} mars, il pèse 4,230 grammes. On essaie encore une fois de le faire alimenter seulement par sa mère ; le 2 mars, il a diminué de 50 grammes. On reprend alors le lait stérilisé.

L'enfant quitté le service avec sa mère le 19 mars 1899. Il est en bon état et pèse 4,240 grammes.

Cette femme est revenue dans le courant de l'année dans le service et a dit avoir perdu son enfant de diarrhée infantile.

OBSERVATION XXI

Symphyséotomie pratiquée le 2 août 1899, à la Pitié, par M. LEPAGE ; femme de 25 ans, rachitique, II pare. Diamètre P. s. p. 10 cent. 7. Section de la symphyse, application de levier préhenseur ; déchirure du col, du périnée et de l'urèthre. Incontinence d'urine : deux interventions par M. Baudron, guérison. Sortie de la mère et de l'enfant en bon état.

C... M..., 35 ans, domestique, II pare, entre à la Pitié, le 3 juin 1899. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Cette femme ne sait pas à quel âge elle a commencé à marcher. Fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

1^{er} accouchement en 1893 ; application de forceps faite à l'hôpital de Marseille. Fille à terme, se présentant par le

sommet. L'enfant élevé au biberon par sa mère est actuellement bien portant. Cet accouchement a été suivi d'une phlegmatie. La malade est restée quatre mois au lit.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : 10 au 12 septembre 1893. Pas de renseignements sur l'apparition des mouvements actifs. Hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse : 30 centimètres à l'entrée de la femme à la Pitié. A travaillé jusqu'à son entrée à l'hôpital. Les urines examinées à ce moment ont été trouvées normales.

Rien de particulier dans l'aspect extérieur de la femme, sauf sa petite taille et le volume relativement considérable de sa tête.

Au moment de l'entrée à la Maternité de la Pitié, le fœtus se présente par son siège en droite transverse. L'engagement n'est pas effectué. Le promontoire est accessible. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

10 juin. — Le fœtus se présente par le sommet en OIG A. La hauteur du fonds de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 31 centimètres.

14 juin. — Le fœtus se présente par le siège en D. T. Bruits du cœur bons.

2 juillet. — Le fœtus a évolué de nouveau et le sommet se trouve, mobile, au-dessus du détroit supérieur : il est orienté en D. T. L'enfant est vivant. Urines normales.

22 juillet. — Présentation du sommet en OIG A. Le sommet est toujours mobile au dessus du détroit supérieur. La hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est alors 36 centimètres. Nouvel examen des urines qui sont normales.

25 juillet. — M. Lepage examine la malade et mesure 10 cent. 6 de diamètre P. s. p.

Le soir, la malade a un accès de dyspnée pendant 1 heure environ.

26 juillet. — Le soir, à 9 heures, nouvel accès de dyspnée plus intense que la veille. On donne à la malade du sirop d'éther.

1^{er} août. — Les douleurs qui se faisaient sentir depuis quelques jours deviennent vers 9 heures du soir plus fortes et plus fréquentes. Le col est complètement effacé. Le fœtus se présente par le sommet en gauche transverse. Le sommet est mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons.

Vers 11 heures du soir, la dilatation est de 2 francs. La tête reste dans la même position, sans tendance à l'engagement. A minuit, dilatation de 5 francs. La poche des eaux est volumineuse et bombe fortement.

2 août. — A 3 heures matin, dilatation complète. Quelques instants après, la poche des eaux se rompt spontanément (liquide amniotique normal); puis l'orifice utérin revient peu à peu sur lui-même et s'épaissit. Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons.

A 6 heures matin, M. Lepage examine la femme; la dilatation est à ce moment d'une petite paume de main; la tête appliquée contre le détroit supérieur dépasse beaucoup le bord de la symphyse. M. Lepage décide de pratiquer la symphyséotomie et fait préparer ce qui est nécessaire à l'opération.

A 6 h. 35 matin, la malade dormant sous chloroforme, M. Lepage incise la peau et les tissus présymphysiens. Section de la symphyse rapide et facile. On place l'écarteur de Farabeuf et on provoque un écartement de 4 centimètres. On tamponne avec de la gaze stérilisée, la plaie symphysienne dont il s'écoule fort peu de sang. Puis, M. Lepage extrait la tête fœtale à l'aide du levier-préhenseur. Dès que la tête a franchi le détroit supérieur et qu'elle a pénétré dans l'excavation, les aides modèrent l'écartement des pubis au moyen de pressions exercées sur les grands trochanters. La rotation de la tête se fait facilement ainsi que son dégagement. L'extraction du fœtus s'achève sans difficultés; l'enfant ne tarde pas à crier.

Aussitôt après l'extraction, une certaine quantité de sang s'écoulé, due à une déchirure du col. La délivrance artificielle est faite presque aussitôt après une injection vaginale. Elle est

suivie d'une injection intra-utérine au permanganate de potasse

Pendant l'extraction, le périnée a été complètement déchiré : on en fait la suture au moyen de 4 crins de Florence. L'urèthre a été également un peu déchiré. On place trois points de suture au catgut. M. Lepage achève l'opération par la suture de toutes les parties fibreuses présymphysiennes au moyen de trois fils d'argent passés à fond dans les trousseaux fibreux.

Les sutures superficielles sont faites au crin de Florence.

L'écoulement vaginal continuant, on tamponne le vagin à la gaze stérilisée, puis à la gaze iodoformée. On place sur la plaie opératoire un pansement à la gaze stérilisée.

L'opération est terminée à 7 h. 30 matin.

A 9 heures matin, il se fait toujours un suintement sanguin au niveau de la vulve : plusieurs tampons de coton sont imbibés de sang. La malade se plaint de bourdonnements d'oreille ; elle est pâle. Pouls 104. T. : 37°4. Injection de 250 cc. de sérum artificiel. Injection d'un demi-centimètre cube d'ergotine.

A midi, le suintement diminue un peu : les bourdonnements d'oreille ont disparu ; mais la malade a la sensation de brouillard devant les yeux. Elle se plaint d'une soif vive. Nouvelles injections de sérum et d'ergotine. Champagne glacé. Pouls : 104

A 3 heures soir, la malade a été prise de vomissements. Elle est toujours pâle. Pouls 124. T. 38°2.

A 4 h. 30 soir, M. Lepage revient voir la malade : l'hémorrhagie n'a pas encore complètement cessé ; on place la femme sur le bord du lit, et M. Lepage examine l'état du col : deux valves sont placées dans le vagin ; le col de l'utérus apparaît, déchiré des deux côtés.

Deux points de suture au catgut sont placés du côté droit. Du côté gauche, la déchirure est plus étendue, mais sans remonter jusqu'au cul-de-sac du vagin : on fait de ce côté un surjet au catgut. On termine par un tamponnement solide, à partir de ce moment, l'hémorrhagie cesse.

A 6 heures soir : les vomissements se sont arrêtés. La femme présente de l'incontinence d'urine.

A 9 heures soir : Pouls 104, injection de 200 grammes de sérum.

A minuit : nouvelle injection de 400 grammes de sérum. La malade est calme.

3 août. — A 6 heures matin : T. 37°5. P. 92. La malade a dormi un peu; elle a encore eu quelques vomissements pendant la nuit.

A 11 heures matin : on fait une toilette vulvaire et on renouvelle le pansement iodoformé sur les plaies symphysienne et périnéale. On ne donne à la malade que du champagne et du thé.

A 6 heures soir : T. 38°. La malade a dormi : elle a encore eu de l'incontinence d'urine.

4 août. — A 6 heures matin : T. 37°8. La nuit a été bonne ; la malade se sent reposée. Elle n'est plus pâle. Elle n'a pas encore eu de garde-robe depuis l'opération.

A 11 heures matin, on refait le pansement symphysien et le tamponnement vaginal après avoir donné à la femme une injection vaginale au permanganate de potasse (4 litres).

A 6 heures soir : T. 39°. On donne à la malade un grand lavement qui ne produit aucun effet. On lui fait prendre du lait et du bouillon.

A 10 heures soir : T. 39°8.

A minuit : T. 37°7 ; la femme est assez agitée : pendant la nuit, elle défait la ceinture qui maintenait son bassin et reste ainsi jusqu'au matin.

5 août. — A 6 heures matin : T. 38°2. P. 100. On donne à la malade un verre d'eau de Sedlitz : ce purgatif provoque dans la journée des selles fréquentes. Depuis le 3 août, on n'a plus noté d'incontinence d'urine.

A 6 heures soir : T. 39°.

6 août. — Le matin, on retire les deux mèches vaginales : injection vaginale au permanganate de potasse (2 litres). Cette injection est renouvelée le soir.

Matin : T. 37°5. Soir : T. 38°2.

7 août. — Une mèche qui était restée dans le vagin apparaît à la vulve ; elle exhale une mauvaise odeur : on continue, matin et soir, les injections vaginales au permanganate de potasse. Pas de garde-robe.

Matin : T. 38°. Soir : T. 38°.

8 août. — M. Lepage enlève les fils d'argent et les crins de Florence. La plaie symphysienne s'est réunie parfaitement par première intention. On continue les injections au permanganate de potasse. Un lavement, une selle. Matin : T. 37°9. Soir : T. 38°4.

9 août. — On donne à la malade un peu de calomel qui reste sans effet. Matin T. 37°7 ; soir T. 38°3.

10 août. — La femme, très-indocile, a encore défait sa ceinture pendant la nuit et est restée ainsi jusqu'au matin. Un purgatif (eau de Sedlitz) est de nouveau donné. Depuis la veille, on constate un léger écoulement de lochies fétides ; on continue les injections vaginales au permanganate matin et soir. On ne note toujours plus d'incontinence d'urine.

Matin T. 37°9 ; soir T. 38°1.

11 août. — Matin T. 37°5 ; soir T. 38°2.

12 août. — Matin T. 37°3 ; soir T. 38°.

13 août. — Matin T. 37°1 ; soir T. 37°5.

Depuis le 11 août, on a continué les injections vaginales au permanganate ; les lochies sont moins abondantes et moins fétides. La constipation est toujours opiniâtre. Plus d'incontinence d'urine.

14 août. — Matin T. 37° ; soir T. 37°7.

Lavement ; une selle.

15 août. — Matin T. 37°1 ; soir T. 37°6.

Lorsque la malade tousse, elle se plaint que quelques gouttes d'urine sortent par le méat ; elle ressent alors un besoin impérieux et est obligée d'uriner.

16 août. — Matin T. 37° ; soir T. 37°8.

17 août. — Matin T. 37° ; soir T. 37°8.

18 août. — Matin T. 37°2 ; soir T. 38°2.

La malade tousse un peu : l'auscultation ne révèle rien.

19 août : Matin T. 37° ; soir T. 37°8.

Purgatif ; une selle. La malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque gauche et dans la partie supérieure de la cuisse ; la palpation exagère cette douleur, mais ne donne aucun renseignement sur sa cause.

Du 20 au 25 août, la malade continue à souffrir. La température oscille aux environs de 37°.

25 août : Matin, T : 37°1 ; soir, T : 38°4.

La malade ne souffre plus dans la fosse iliaque gauche. Mais les douleurs de la jambe gauche persistent : elle ne peut ni remuer ni plier cette jambe ; de petits mouvements provoqués exagèrent beaucoup les douleurs. On fait prendre un bain à la malade ; on mobilise légèrement la jambe et on fait un peu de massage.

26 août : Matin, T : 37°3 ; soir, T : 38° 7.

La malade remue la jambe un peu plus facilement : on essaie de la faire marcher, mais elle souffre trop dans la cuisse gauche, et se recouche après avoir fait quelques pas. Il existe un peu de toux depuis quelques jours : cette toux amène un peu d'incontinence d'urine.

On ausculte la malade, et on trouve au sommet du poumon gauche un point où l'inspiration paraît rude, râpeuse et l'expiration un peu prolongée. On pense à la possibilité de l'évolution d'une lésion tuberculeuse. La malade n'expectore pas.

Du 27 au 30 août : la femme est dans le même état. Les signes pulmonaires persistent, et dans l'hypothèse de l'évolution d'une lésion tuberculeuse, M. Lepage fait supprimer le 29 août l'allaitement maternel. La température prise matin et soir reste toujours au voisinage de 37°. Pansement compressif des deux seins.

Le 28 août, on a commencé à faire de l'électrisation de la jambe gauche.

30 août : M. Lepage examine la malade : cet examen ne détermine aucune douleur. Le col est bien refermé ; la malade

ne perd plus du tout. Il y a une légère amélioration du côté de la jambe gauche : la malade a, de nouveau, essayé de marcher le matin même ; elle y est parvenue plus facilement. Lorsqu'elle est étendue sur son lit, elle peut détacher le talon du plan du lit. L'incontinence d'urine au moment de la toux persiste toujours. On continue l'électrisation.

1^{er} septembre : M. Lepage s'absentant pour quelque temps, M. Brindeau le remplace. Il examine la malade et constate que la palpation détermine de la douleur en arrière du grand trochanter dans la gouttière du nerf grand sciatique. La douleur paraît surtout vive à cet endroit. En arrière, au niveau du sacrum et à la région lombaire, la pression ne détermine aucune souffrance. Stypage sur le trajet du nerf grand sciatique.

5 septembre. — La malade se plaint toujours de la jambe gauche, mais elle marche mieux. Application de pointes de feu sur toute la longueur du trajet du nerf sciatique à la cuisse.

10 septembre. — La malade marche plus facilement ; ses douleurs sont bien atténuées. Lorsqu'elle est debout, elle a un peu d'incontinence d'urine.

25 septembre. — La malade marche sans aucune douleur mais avec un balancement assez marqué. Elle reste debout toute la journée et s'occupe de son enfant.

8 octobre. — La malade quitte la Maternité de la Pitié pour aller au Vésinet. Sauf l'incontinence d'urine, elle est en bon état. L'enfant se porte bien.

Dans les premiers jours de novembre, la malade vient dans le service : elle marche bien, sans balancement ; mais elle a toujours de l'incontinence d'urine quand elle est debout. Quant à l'enfant, il n'est pas aussi bien portant qu'à sa sortie du service : il est pâle, amaigri, ridé.

Du début de novembre au 14 décembre, la femme reste dans le service de M. Lepage. Elle se plaint toujours de son incontinence d'urine : voici l'état dans lequel elle se trouvait au

14 décembre, jour où M. Baudron vint l'opérer à la Maternité de la Pitié : l'incontinence d'urine n'existe que dans la station debout : dans cette position, l'urine coule constamment et mouille la chemise. Lorsque la femme est debout depuis longtemps, la paroi antérieure du vagin s'abaisse, il se forme une forte cystocèle. Alors, l'incontinence cesse, et même, à ce moment, lorsque la femme veut uriner spontanément, elle éprouve de sérieuses difficultés et fait de grands efforts. Assise ou couchée, elle ne perd de l'urine que lorsqu'elle tousse ou éternue.

L'urèthre est très dévié vers la droite. L'orifice uréthral regarde aussi à droite, et lorsque la femme urine spontanément le jet vient recontrer la cuisse droite.

Au-dessus et à gauche du méat urinaire, séparé de l'orifice uréthral, existe un diverticule. Avec une sonde, on constate qu'il s'agit d'un trou borgne ; il n'y a aucune communication avec l'urèthre. Cet orifice est situé immédiatement au-dessous du clitoris.

Il existe aussi un peu de rectocèle.

A partir du 9 décembre, on prépare la malade à l'opération par des injections vaginales soigneuses au biodure de mercure, suivies de pansements vaginaux à la gaze iodoformée.

14 Décembre. — Opération pratiquée sous chloroforme par M. Baudron : l'urèthre est désinséré, tordu sur son axe et recousu sur la ligne médiane.

M. Baudron fait également une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie postérieure. Pansement à la gaze iodoformée. On place à demeure dans l'urèthre une sonde de Pezzer.

15 décembre. — La malade a beaucoup souffert la nuit, et a peu dormi.

17 décembre. — On renouvelle le pansement pour la première fois.

20 décembre. — M. Baudron retire la sonde à demeure, la mèche vaginale et les fils. La réunion est parfaite sauf au niveau de la commissure antérieure où un fil a lâché.

A partir de ce jour, la malade couchée dans son lit ne perd pas ses urines, mais continue à les perdre quand elle s'assied ou quand elle tousse.

4 janvier 1900. — La malade se lève : lorsqu'elle marche elle perd toujours ses urines d'une façon continue, mouillant constamment sa chemise.

8 janvier. — Même état. Dans la station debout, la femme ne ressent jamais le besoin d'uriner, les urines s'écoulant d'elles-mêmes d'une façon continue. Elle n'urine volontairement qu'assise ou couchée, sauf pendant les efforts ou la toux. Enfin, lorsque couchée dans son lit, elle urine sur le bassin, le jet n'atteint plus la cuisse droite.

9 janvier. — M. Baudron revoit la malade ; il coupe deux petites brides fibreuses qui maintiennent béant l'orifice urétral.

20 janvier : A partir de cette date, la malade va se faire électriser trois fois par semaine à la Salpêtrière, dans le service d'électricité de M. le docteur Vigouroux.

4 février. — M. Lepage électrise la malade pendant dix minutes. Il n'y a pas encore de modification dans l'état de la femme.

6 avril. — M. Baudron intervient de nouveau ; l'urètre est tordu et coudé, puis fixé dans sa position nouvelle à l'aide de quelques fils d'argent. Le méat est rétréci à l'aide de deux points de suture au fil d'argent.

14 avril. — La malade est restée couchée depuis cette seconde intervention. Etant au lit, elle n'a plus eu d'incontinence d'urine. Elle se lève, pendant trois jours, elle marche toute la journée sans présenter d'incontinence, puis elle quitte le service avec son enfant en bon état.

Revue vers le 5 mai, cette femme se plaint toujours d'une légère incontinence d'urine pendant les efforts, et en particulier quand elle porte son enfant ; elle présente en effet à la face interne des cuisses de l'érythème qui paraît bien dû à l'irritation causée par cette légère incontinence.

L'enfant, du sexe masculin, né en bon état le 2 août 1899, pèse à sa naissance 4,250 grammes.

Diamètres de la tête : OM : 14 ; OF : 12,2 ; SOB : 10,5 ; SOF : 11,7 ; Bi P : 10 ; Bi T. : 9 ; SMB : 10,5.

Le 4 août, l'enfant tousse ; présente quelques mouvements convulsifs ; T. 40°. On lui donne des bains à 40°, que l'on refroidit progressivement jusqu'à 36°. Dans la journée, quelques vomissements glaireux, teintés de sang, rien à l'auscultation.

Du 5 au 7 août, à différentes reprises, l'enfant présente de petits mouvements convulsifs de la tête et des bras. Mais ces phénomènes s'atténuent. La température oscille entre 38° et 39°. Il est nourri par une nourrice ; on lui donne en même temps quelques tétées de lait stérilisé.

Le 8 août, plus de mouvements convulsifs ; l'enfant est nourri alternativement par sa mère et par sa nourrice. La température descend aux environs de 37°.

Bien que nourri exclusivement au sein, l'enfant a un mauvais aspect général ; il diminue graduellement de poids jusqu'au 10 août ; il ne pèse plus alors que 3,450 grammes. Du 8 au 11 août, la fontanelle antérieure est très déprimée. On fait à l'enfant des injections sous cutanées de sérum artificiel (20 cent. c. par jour) ; lavements de sérum ; frictions à l'alcool. L'enfant étant mal et prenant seulement 20 grammes par tétée, on lui fait boire au verre le lait de la nourrice. Le 11 août, il augmente un peu et atteint 3,430 grammes.

Du 11 au 15 août, nouvelle augmentation : le poids s'élève à 3700 grammes. Puis la mère alimente seule l'enfant qui continue à grossir.

Le 26 août, la mère toussant beaucoup, et le sommet de son poumon gauche paraissant suspect de tuberculose, on cesse l'allaitement maternel et on nourrit l'enfant au lait stérilisé.

Le 14 septembre, l'enfant pèse 4,230 grammes. Il présente alors de la diarrhée, et tombe le 15 septembre à 4,050 grammes. Diète hydrique partielle, lavages de l'intestin : injections sous-cutanées de sérum.

La diarrhée persistant les jours suivants, on remet l'enfant au sein d'une nourrice. La perte de poids continue jusqu'au 20 septembre : son poids est alors 3,890 grammes. La diarrhée cesse et l'enfant augmente de poids graduellement. Il quitte le service le 8 octobre, en bon état et pesant 4,970 grammes.

OBSERVATION XXII

Symphyséotomie pratiquée par le Dr LEPAGE le 20 octobre 1899 : bassin rétréci. Diamètre Pr. s. p. 10,3. Présentation de la face, symphyséotomie, mère et enfants vivants. Enfant atteint d'ophtalmie très grave.

Dans le courant de juillet 1899, le Dr Lepage fut consulté par M^{me} X..., II pare, dont le 1^{er} accouchement avait eu lieu en province, en octobre 1895. L'enfant s'était présenté par la face, le travail avait duré six jours : on fit plusieurs tentatives pour extraire l'enfant à l'aide du forceps ; l'instrument dérapa plusieurs fois ; on ne put extraire qu'un enfant mort et les suites de couches furent pathologiques : la malade eut une phlébite double.

Grossesse actuelle : dernières règles du 15 au 20 janvier 1899. La malade est de petite taille et a marché tard. Bassin rétréci : diamètre Pr. s. p. 10,3. Il existe un faux promontoire lombosacré. Le col présente à gauche une ancienne déchirure très marquée.

En raison des difficultés qui sont survenues lors de son premier accouchement, et aussi à cause du rétrécissement du bassin, M. Lepage, qui revoit et examine de nouveau la malade au mois de septembre, lui conseille d'accoucher à Paris, pour qu'elle puisse être surveillée pendant les derniers temps de la grossesse et pendant l'accouchement. La malade refuse et préfère accoucher dans la banlieue.

Le 20 octobre, le docteur Lepage est appelé auprès de M^{me} X... par le docteur Broussin et le docteur Jeantet. Depuis le matin à 6 heures, la malade est en travail, les membranes se sont

rompues spontanément la veille à 6 heures matin. Les contractions utérines extrêmement fréquentes reviennent toutes les 2 ou 3 minutes. L'utérus est très volumineux, le dos est à gauche ; il s'agit d'une présentation de la face. M. Lepage constate que ce n'est pas précisément une présentation de la face ; c'est une présentation du front, que révèle le toucher ; elle est due vraisemblablement à des manœuvres pratiquées pour transformer la présentation de la face en présentation du sommet.

La tête du fœtus étant encore mobilisable, M. Lepage décide de tenter la version et de recourir à la symphyséotomie en cas d'insuccès par la version. On donne du chloroforme (2 h. 30 soir). A 2 h. 45 soir, on introduit la main ; le front est au centre du bassin, le nez dans la partie droite. La main soulève la tête, mais ne peut la repousser ni à droite ou à gauche. Il y a déjà de la rétraction utérine. Dans ces conditions, la version est dangereuse et M. Lepage y renonce. Le docteur Broussin se livre alors à des manœuvres qui transforment la présentation du front en présentation du sommet. Cette présentation devient définitive. La tête débordé notablement la symphyse et l'accouchement spontané paraît impossible. La femme est pâle. Le pouls est à 120. L'utérus est contracté.

La symphyséotomie est alors décidée. Le docteur Broussin se rend à Versailles pour faire stériliser quelques instruments, pendant que, chez la malade, les docteurs Jeantet et Lepage préparent, tant bien que mal, ce qui est strictement nécessaire à l'opération.

A 5 h. 30 soir, on recommence à administrer du chloroforme. La tête est orientée en GT. Elle reste très élevée et n'est pas engagée. Bruits au cœur fœtal bons ; pouls maternel 120.

La vulve occupe une situation très antérieure et le clitoris s'insère à peine à 1 centimètre du bord supérieur de la symphyse. Celle-ci est très haute et inclinée en arrière.

L'opération est commencée dans des conditions défectueuses ; rien n'a été préparé à l'avance et on n'a pas d'instruments spéciaux. M. Lepage se sert d'un bistouri de trousse très pointu.

Il fait une incision cutanée courte : 3 centimètres. Il sectionne en partie la symphyse, et pour terminer cette section, il essaie de se servir d'un bistouri boutonné qu'il est impossible de faire couper. La section de la symphyse est alors achevée avec le bistouri très pointu. Il se produit une hémorrhagie de moyenne abondance et qui s'arrête par tamponnement.

Aussitôt après l'écartement de la symphyse, la tête descend dans l'excavation. On laisse la femme se réveiller un peu et on l'engage à pousser. Au bout de 7 à 8 minutes, elle expulse spontanément une fille de 3440 grammes que l'on ranime facilement sans insufflation. Il n'existe aucune lésion des parties molles ni en avant, ni en arrière.

Dix minutes après l'expulsion fœtale, la délivrance ne se faisant pas, on introduit la main dans l'utérus. Malgré l'anesthésie, il est très difficile de pénétrer dans une arrière cavité de l'utérus, où se trouve le placenta. L'utérus est de forme irrégulière. Le placenta est inséré dans la corne droite, empiétant sur les faces antérieure et postérieure. Injection intra-utérine de 4 litres de permanganate de potasse. Tamponnement vaginal à la gaze bouillie. Suture de la plaie avec 5 points au crin de Florence ; une certaine quantité de sang était épanchée dans la plaie rétro-pubienne. Pouls maternel : 82.

Les suites de couches furent simples bien que la malade eût présenté vers le 10 octobre, une bartholinite gauche suppurée, qu'on fut obligé d'inciser. La malade eût une élévation de température avec quelques phénomènes pulmonaires vers le 16^e jour. Elle fut revue le 28 janvier 1900 par M. Lepage qui constata que la cicatrice était mobile, et qu'il n'y avait aucun trouble dans la marche ni dans la miction.

Quant à l'enfant, il s'éleva bien, mais présenta une ophtalmie purulente double des plus graves qui débuta 24 heures après la naissance. Il existait déjà de l'opacité des deux cornées moins de 48 heures après l'accouchement. Le docteur Lepage qui revit l'enfant le troisième jour après la naissance, jugea la situation

assez grave pour conseiller le transport immédiat de l'enfant à Paris, afin de le faire surveiller et traiter par un oculiste de profession. Malgré tous les soins qui furent donnés avec beaucoup de dévouement par le docteur Sauvineau, l'œil droit fut complètement perdu et la vision resta douteuse du côté gauche. L'examen bactériologique du pus ne permit pas de déceler le gonocoque, mais seulement du staphylocoque. Du reste le mari affirma d'une façon particulièrement catégorique n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

OBSERVATION XXIII

Symphyséotomie le 23 février 1900, à la Maternité de la Pitié par le docteur LEPAGE : femme de 27 ans, Ipare, Hydramnios ; Section de la symphyse ; application de Levier préhenseur. Mort de la femme moins d'une heure après l'opération ; mort du fœtus 3 jours après la naissance. (Observation recueillie par M. Mouchotte, interne du service).

A... M..., 27 ans, I pare

A toujours bien marché, mais ne sait à quel âge elle a commencé à marcher. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. A eu à 3 reprises du rhumatisme articulaire aigu.

Dernières règles du 8 au 11 juin 1899. Aurait senti remuer vers la fin d'octobre. Hauteur du fonds de l'utérus au-dessus de la symphyse : 39 centimètres.

La femme entre à la salle de travail de la Maternité de la Pitié le 22 février 1900 à 2 heures matin ; elle arrive de chez elle, ou elle se repose depuis huit jours. Urines normales.

Pas de déformations rachitiques apparentes. Rien du côté du cœur, ni des poumons. L'utérus est très gros, dévié à droite. Les parois sont très tendues.

Présentation du sommet en G. T. Le sommet est mobile et élevé. Le promontoire est accessible ; le sacrum est plat. Madame Chineau mesure diamètre P. s. p. : 10,2, Les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 10 heures matin, la femme a perdu une notable quantité de

liquide, et cependant, au moment de la contraction utérine, on sent une poche des eaux bomber au niveau de l'orifice utérin. A 10 heures 30 matin, M. Lepage examine la femme, trouve une tête orientée en G. T. mobile, au-dessus du détroit supérieur. Bassin canaliculé, promontoire accessible (10 centimètres 4). Il y a un faux promontoire (10 cent. 1).

Les bruits du cœur sont devenus sourds. La suture sagittale est très proche de la symphyse. La quantité du liquide qui s'est écoulée est évaluée à 1500 grammes; cependant une autre poche s'est formée, agissant sur l'orifice utérin dont les bords sont épais et qui présente une dilatation de 50 centimes. Les contractions sont très rapprochées.

A 1 heure soir, la tête fixée en G. T., est un peu descendue. La suture sagittale est à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Cœur fœtal. 130 pulsations.

A 4 heures soir, la suture sagittale s'est encore éloignée de la symphyse; il est impossible d'atteindre l'angle sacro-vertébral. Cœur bon : 120 pulsations. Dilatation à peine 1 franc: L'utérus contracté en permanence, sans grande souffrance pour la femme est absolument moulé sur le fœtus.

A 5 heures soir, la tête appuie mal sur l'orifice dont les bords sont épais. M^{me} Chineau, sur le conseil de M. Lepage déchire les membranes de la poche des eaux reformée; il s'écoule une petite quantité de liquide normal. Cœur fœtal 120. La tête est plus fléchie, mais le front reste très accessible au-dessus de la symphyse du côté droit. A 7 heures soir, la tête appuie mieux sur l'orifice dont les bords sont minces et tranchants. Dilatation: 2 francs. On note la formation d'une bosse séro-sanguine. La suture sagittale est au centre de l'excavation. Cœur fœtal : 140 pulsations.

A 9 heures soir, dilatation un peu supérieure à 2 francs. On redresse l'utérus très porté vers la droite. Cœur fœtal : 140 pulsations.

A 10 h. 30 soir, la dilatation n'a pas progressé; les bords de

l'orifice utérin sont œdédiés; la bossé séro sanguine augmente. Bruits du cœur fœtal : 120, bien frappés.

23 février. — A 1 h. 15 matin, bruits du cœur fœtal 140 ; contractions très-espacées, toutes les vingt minutes. Dilatation de 5 francs. La tête ne bouge pas.

A 3 heures matin, bruits du cœur bons. La parturiente souffre beaucoup ; elle est un peu agitée.

A 4 heures matin, dilatation d'une petite paume de main.

A 7 h. 30 matin, même dilatation ; les bords de l'orifice sont plus souples, sauf un épaississement marqué à droite et en avant. La tête, toujours en transversale, ne progresse pas. Contractions espacées. Bruits du cœur bons, 130.

A 9 heures matin, même dilatation ; contractions toutes les 5 minutes. Cœur fœtal : 160 battements ; il s'écoule par la vulve du liquide assez teinté.

A 10 heures matin, M. Lepage examine la parturiente, trouve la tête descendue, mais calée entre la symphyse et la face antérieure plate du sacrum. L'utérus presque tétanisé est moulé sur le fœtus. La femme est agitée et pâle. M. Lepage ne croit pas à la terminaison spontanée de l'accouchement ; de plus, le liquide amniotique a une teinte verte. Aussi, M. Lepage décide de pratiquer une symphyséotomie ; on prépare l'opération. La dilatation est alors égale à une grande paume de main ; l'orifice est dilatable. La femme souffrant beaucoup, on lui donne du chloroforme pendant quelques instants.

A 11 heures du matin, tout étant prêt pour l'opération, on recommence à donner du chloroforme, et on prépare le champ opératoire.

L'auscultation pratiquée à 11 heures 15 révèle que les bruits du cœur fœtal sont sourds et irréguliers. M. Lepage commence l'opération à 11 heures 20.

A 11 heures 20 matin, incision de 4 cent. au devant de la symphyse, après avoir fait attirer en bas, à l'aide d'une pince, la région clitoridienne.

A 11 heures 25, débridement aux ciseaux ; section des parties fibreuses.

A 11 heures 27, section de la symphyse et écartement (qui n'est pas mesuré). Une petite quantité de sang s'écoule venant de la région rétro-symphysienne : on place derrière la symphyse sectionnée deux petites compresses aseptiques.

A 11 heures 30 matin, on applique le levier préhenseur ; la dilatation est presque complète et l'orifice n'oppose aucune résistance.

A 11 heures 33, on commence l'extraction du fœtus. Cette extraction est difficile. On fait en même temps un peu d'expression abdominale.

A 11 heures 37, dégagement des bosses pariétales ; on désarticule l'instrument. La tête se dégage ; on constate l'existence autour du cou de l'enfant d'un circulaire très serré et qu'on ne peut faire glisser. On le sectionne entre deux pinces et on achève rapidement l'extraction de l'enfant.

A 11 heures 40 : injection vaginale, puis injection intra-utérine au permanganate de potasse. L'état de la malade est inquiétant : elle est fatiguée, faible, pâle, 144 pulsations.

A 11 heures 47, madame Chineau fait la délivrance artificielle : celle-ci est terminée à 11 heures 50. Placenta complet, aplati, verdâtre, sentant très mauvais.

La chloroformisation suspendue momentanément a été reprise au moment de la délivrance artificielle.

A 11 h. 52, deuxième injection intra-utérine au permanganate, puis tamponnement vaginal à la gaze salolée stérilisée. A 11 h. 58, on fait la suture. Une petite mèche de gaze salolée est placée derrière la symphyse à la partie inférieure de la plaie pour drainer. On suture les plans fibreux par trois fils d'argent ; on se décide à retirer la mèche servant de drain, vu la très faible quantité de sang qui s'écoule dans la cavité retro-pubienne. On suture la peau avec quatre crins de Florence et un fil d'argent.

Dix minutes après la reprise du chloroforme, la femme commence à s'éveiller ; elle se cyanose brusquement, sans avoir préalablement pâli.

A midi neuf, le tampon vaginal est enlevé : à sa suite sortent de gros caillots. M. Lepage pratique alors un tamponnement utérin et vaginal. L'utérus est dur et bien rétracté. La plaie symphysienne est exprimée : il en sort du sang liquide en très petite quantité.

A midi quatorze, suture de la partie gauche de la vulve, dont la muqueuse est légèrement déchirée. On cathétérise la malade : l'urine retirée ainsi est de coloration normale.

A midi vingt, il n'y a pas encore de changement dans l'état de la femme ; elle est toujours cyanosée et faible. Son pouls est filiforme : on compte 148 pulsations. On applique un pansement, et une ceinture autour du bassin.

A midi trente cinq, la malade qui vient d'être portée dans son lit est très agitée et cyanosée. Pouls filiforme incomptable. Un peu de météorisme abdominal.

A midi cinquante, même agitation, même état du pouls, extrémités froides, cyanosées. On allait faire à la malade une injection de sérum artificiel, lorsqu'elle meurt brusquement. Peu de temps après, on constate que le pansement est imbibé de sang.

L'enfant, du sexe féminin, extrait aussitôt la section du circulaire du cordon exhale une odeur infecte. Ranimé au bout de quelques minutes, il crie, mais faiblement. Sa respiration est rapide et saccadée. M. Lepage, désobstrue les voies respiratoires et pratique l'insufflation. Frictions, bain. T 36°8, poids 3230 grammes. Diamètres de la tête, OM : 13,4 ; OF : 11,8 ; So B : 9 ; So F : 9,8 ; Bi P : 8,5 ; Bi T : 7,5 ; SMB : 9,8. Circonférences 30 et 32.

L'enfant est nourri au lait stérilisé et mis en couveuse à 28°. Sa respiration est toujours rapide, saccadée, mêlée de ronchus ; il pousse des cris rares et faibles.

24 février. — Convulsions des membres supérieurs.

Matin, T. 36°3 ; soir, T. 37°1.

25 février. — Pendant la nuit, T. 39° ; matin, T. 37°2 ; soir, T. 38°.

Les convulsions persistent; on donne à l'enfant un peu de sirop d'éther.

Poids 2860 grammes.

26 février : Poids 2740 grammes.

Matin, T. 37°2; soir, T. 38°. L'enfant est cyanosé; les ailes du nez battent, les yeux sont fixes. Les convulsions continuent.

A 11 heures soir, l'enfant meurt brusquement après avoir présenté des phénomènes de cyanose intense.

Autopsie de l'enfant. — Le lobe inférieur du poumon droit est congestionné; pas de pus dans les bronches, ni sur la coupe du poumon. Les lobules congestionnés crépitent à la pression; jetés dans l'eau ils surnagent.

Foie et rate d'aspect et de volume normaux.

Au niveau de la partie moyenne du bord interne du pariétal gauche, immédiatement, à gauche de la suture sagittale, on remarque une ecchymose sous cutanée et périostée, grande comme une pièce de 5 francs.

Au niveau de la bosse frontale droite, seconde ecchymose sous-cutanée de même dimension (après la naissance, c'est en ces points que se trouvaient les traces des cuillers du levier).

Aucune altération méningée; congestion très marquée de toutes les veines de l'hémisphère droit. Rien à noter sur les coupes du cerveau. Pas de fractures du crâne.

Autopsie de la mère. — Cuisses et vulve tachées de sang. Du sang liquide et noir, imprègne le pansement et baigne la plaie opératoire.

Le long de la base d'implantation de la petite lèvre gauche, existe une petite déchirure de la muqueuse, ayant 3 à 4 centimètres de longueur, remontant en haut jusqu'au niveau de l'urèthre sans intéresser celui-ci.

On incise la paroi abdominale: rien dans la cavité péritonéale, ni sang, ni liquide. Derrière la symphyse, entre elle et la face antérieure de la vessie, on trouve un épanchement de sang liquide, dont la quantité égale à peu près la capacité d'un

verre à bordeaux. Le tissu cellulaire prévésical présente une coloration noirâtre qui ne remonte pas au-dessus du niveau de la symphyse.

Une sonde introduite dans la vessie laisse écouler un peu d'urine limpide, non sanguinolente.

L'intestin paraît météorisé, blanchâtre. L'utérus est déjeté dans la partie droite de l'abdomen ; il est gros, son fond remonte un peu au-dessus du niveau de l'ombilic ; le segment inférieur et le corps apparaissent intacts ; on n'y voit aucune solution de continuité.

On retire à la fois l'utérus, le vagin et la vessie. Ces organes étant étalés sur une table, on sectionne le vagin longitudinalement sur la ligne médiade, face postérieure. On achève d'étaler ces organes, et on constate une éraillure de la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac latéral droit. Sur la paroi antérieure de l'utérus, on retrouve des débris de membranes, et sur la partie latérale droite du col, on remarque une courte déchirure n'atteignant pas le cul de-sac. Il existe enfin une partie contusionnée rougeâtre à la partie supérieure du segment inférieur : cette partie est visible sur la coupe.

Dimensions de l'utérus : hauteur de l'utérus ouvert et étalé, mesurée du fond au bord libre du col 26 centimètres ; hauteur du col 9 centimètres ; épaisseur : au-dessus de l'orifice interne, au niveau de la vessie circulaire 15 millimètres ; à la partie moyenne du corps, 16 millimètres ; au fond, 14 millimètres ; à la partie moyenne du col, 12 millimètres.

A la surface extérieure de la vessie : ecchymoses sur la face postérieure ; coloration noirâtre de la face antérieure ; à l'intérieur, la vessie et l'urèthre sont absolument sains.

Le gros intestin, sectionné à 6 centimètres au-dessus de l'anus est ouvert et étalé. Sténose de l'intestin s'étendant de la partie inférieure, c'est à-dire de la section, jusqu'à 22 centimètres au-dessus. Cette sténose occupe donc la portion de l'S iliaque répondant au bassin et au détroit supérieur. Elle est surtout accusée à 19 centimètres au-dessus de l'anus et sur une longueur de

7 centimètres. A ce niveau, la muqueuse intestinale est rouge et congestionnée. La largeur de l'intestin au niveau de la sténose est de 7 centimètres ; au-dessus, elle atteint 10 centimètres.

En examinant le bassin, on constate que l'écartement des symphyses est de 2 cent. 5. L'examen des symphyses sacro-iliaques montre qu'il existe de ce côté un peu d'écartement quand on fait mouvoir les cuisses. Le ligament gauche est intact ; le ligament droit est un peu déchiré.

Diamètres du bassin : P. s. p. 105 ; P. p. minimum 97 ; Distance du faux promontoire au milieu de la symphyse 94 ; distance du faux promontoire au sous-pubis 101 ; diamètre transverse : 11 cent. ; diamètre oblique : 12 cent.

On examine ensuite les autres viscères ; on ne les trouve pas anémiés.

Reins : normaux.

Rate : poids 250 gr. ; il existe un peu de périsplénite.

Foie (1) : poids 4850 gr. ; il existe un peu de perihépatite. Sur des coupes, le foie n'est pas trop gras et présente alternativement des zones congestionnées. Ebauche de foie cardiaque.

Examen histologique fait par le docteur Bezançon : pas de cirrhose. Dans certains territoires, les capillaires sont dilatés,

(1) Ce foie très curieux a fait l'objet d'un travail de MM. Mouchotte et Küss, travail paru comme mémoire original dans le bulletin de la Société anatomique (mars 1900) et intitulé lobulation et lobes aberrants du foie ; leur interprétation physio-pathologique et leur interprétation anatomique. Ce foie présente sur la face inférieure du lobe de Spiegel, 3 lobes aberrants supplémentaires faisant saillie dans l'arrière cavité des épiploons et recouvrant dans leur ensemble la presque totalité de la face inférieure du lobe de Spiegel. La face inférieure du lobe gauche dans la partie antérieure, et la face inférieure du lobe carré se continuent directement : il n'y a pas de sillon de la veine ombilicale. Enfin, la face inférieure du foie est labourée de sillons plus ou moins profonds ne rappelant aucunement les sillons sécréteurs des foies pathologiques et paraissant congénitaux.

surtout à la périphérie comme dans le foie cardiaque. Le foie n'est pas grasieux.

Poumons : sains; le poumon gauche est partiellement adhérent à la paroi costale.

Cœur : vide de sang, retractoré. Ne renferme pas de caillots. La valvule mitrale est un peu épaissie; elle est très courte. Le docteur Bezançon, chef de laboratoire, qui assiste à l'autopsie, affirme une endocardite mitrale et croit à un léger rétrécissement; il pense de plus, en raison de la coloration des tissus et du sang qui s'échappe des vaisseaux, que la femme n'a pas dû mourir d'hémorragie.

Rien à l'aorte, ni aux coronaires.

Cerveau : rien de particulier.

OBSERVATION XXIV

Symphyséotomie pratiquée le 14 novembre 1898, par le docteur J.-F. MORAN, accoucheur au Columbia Hôpital. Washington (*Am. J. of Obst.* 1899, t. 39, p. 798).

E. G..., 21 ans, I pare. Début du travail le 13 novembre 1898. Le travail avance peu. Le 14 novembre (dilatation de 5 francs) on constate un rétrécissement du bassin : diamètre conjugué vrai, 8 cent. Applications répétées et infructueuses de forceps. Déchirure bilatérale du col et légère déchirure du périnée. Hémorrhagie veineuse considérable au niveau du bord inférieur de la symphyse; un tamponnement l'arrête. On rapproche les pubis et on les maintient par des bandes d'emplâtre adhésif autour du bassin. Suture de l'incision. Au bout de 3 semaines, réunion parfaite de l'articulation. A partir de la 6^e semaine, la femme se leva et marcha bien. L'enfant se développa bien. Bi P : 10 cent.

OBSERVATION XXV

Symphyséotomie pratiquée par le docteur L. E. NEALE le 24 avril 1898 (*Bulletin de la société Gyn. de Baltimore : Ann J. of obstetrics.* 1899, t. 39 p. 199).

C'est la seule symphyséotomie pratiquée par le docteur Neale

Femme de 17 ans, I pare. Entre en travail, deux jours après son arrivée à la clinique d'accouchements de Maryland. Elle était à terme, et manifestement rachitique. Présentation du sommet en G. A. Diamètre conjugué vrai, 9 cent. 3. Il y avait du pus dans les urines et des complications du côté des reins. Après 12 heures de travail, application de forceps sans succès. Symphyséotomie : après section, écoulement de sang abondant arrêté par tamponnement. Extraction par le forceps, pendant laquelle, l'écartement interpubien atteignit 9 centimètres. L'extraction fut difficile : l'enfant fut extrait mort ; Bi P, 9, 2 ; tête très ossifiée.

Peu de lésions du côté de la paroi antérieure du vagin ; réunion des os et bandage serré pour les maintenir.

Après l'opération, la température s'élève ; le quatrième jour, nouvelle opération pour réunir la symphyse désunie. Appareil plâtré. Septicémie streptococcique : pendant de longs mois, la température oscilla entre 37°2 et 39°8. L'auteur ne peut dire si la malade a été infectée au moment de l'opération, ou si cette infection vient de l'état des urines. Après une longue maladie, la femme guérit et marcha très bien. Réunion fibreuse de la symphyse.

OBSERVATION XXVI

Symphyséotomie pratiquée par le professeur QUEIREL à la Maternité de Marseille le 6 juillet 1896 (*Thèse* Abelly. Obs. 14).

M... M... 30 ans. II pare. 1^{er} accouchement normal.

Début du travail le 4 juillet : la femme arrive en mauvais état à la clinique : poche des eaux rompue, fœtus mort, se présentant par l'épaule gauche en I D. Utérus tétanisé. Urines fétides. Impossible de faire l'embryotomie. Symphyséotomie par le professeur Queirel ; puis embryotomie. Délivrance artificielle ; forte hémorrhagie par inertie utérine : rien ne l'arrête, la femme meurt en 30 minutes. A l'autopsie, aucune lésion des parties molles ; ligaments sacro iliaques décollés de l'iléon surtout à droite. Bassin généralement rétréci.

OBSERVATION XXVII

Symphyséotomie pratiquée par le professeur QUEIREL, à la maternité de Marseille, le 28 juillet 1896 (*Thèse Abelly*, obs. 13).

J. T..., I pare; rachitique; entre le 26 juillet 1898 à la Maternité avec des accidents urémiques marqués. Fœtus vivant. OIG A. Diamètre conjugué: vrai 8 cent. 2. Début du travail 27 juillet. Rupture des membranes 28 juillet: dilation, 2 francs. Dilatateur de Tarnier. Les bruits du cœur s'affaiblissant, on fait la symphyséotomie à 6 heures matin. Ecartement de 6 centimètres. Enfant vivant: Bi P = 8 cent. 5. Meurt quelques jours après de broncho-pneumonie. Délivrance artificielle; suture. Au bout de deux heures, la femme, alors en bon état, est prise d'agitation et meurt subitement. A l'autopsie, on trouve: foie grassex, gros rein blanc; poumon congestionné, cœur hypertrophié. Les pubis sont au contact. Rien du côté de la plaie, ni des parties molles. Les ligaments sous-iliaques sont décollés de l'iléon, surtout à gauche.

OBSERVATION XXVIII

Symphyséotomie faite à la maternité de Marseille par le professeur QUEIREL, le 2 avril 1897 (*Thèse Abelly*, obs. 17).

C... B..., 33 ans; III pare. A marché à 3 ans. Deux accouchements spontanés à terme, enfants vivants. Dernières règles du 8 au 12 juin 1896. Sacrum plat: diamètre mi-sacro, s. p. 10 centimètres. Présentation du sommet. Début du travail le 2 avril; dilatation complète à 7 heures soir; rupture artificielle des membranes: un bras fait procidence, on le refoule. A 10 heures soir, symphyséotomie avec écartement de 5 centimètres. Enfant de 2,920. Bi P = 10. Délivrance spontanée immédiate. Les jours suivants, infection vésicale violente; température au-dessus de 38°. Lavages. Se lève le vingtième jour; sort le trentième, marchant bien. Enfant en bon état.

En septembre 1898, le professeur Queirel revoit la femme enceinte de nouveau. Elle marche sans douleur, mais a un peu d'incontinence d'urine pendant le rire et les efforts.

OBSERVATION XXIX

Symphyséotomie faite à la Maternité de Marseille, le 30 décembre 1897, par le professeur QUEIREL (*Thèse* Abelly, obs. 18).

B..., 30 ans, I pare. Entre à la Maternité le 30 décembre en travail et à terme. Diamètre Pp. minimum 8 cent. 5. Symphyséotomie, puis forceps. Enfant de 3.030 grammes. Bi P = 9. Jusqu'au douzième jour, température élevée, plaie et vessie infectées; grandes lèvres œdématisées; issue de pus au niveau de la plaie. Le vingtième jour, phlegmatia alba dolens à droite. Le 23 février, malgré un peu d'œdème de la jambe droite, la malade se lève; le 5 mars, elle sort marchant sans gêne, avec son enfant bien portant.

OBSERVATION XXX

Symphyséotomie faite à la Maternité de Marseille, le 7 déc. 1898, par le professeur QUEIREL (*Th.* Abelly, obs. 21).

E... B..., 19 ans, I pare, a marché à 5 ans. Dernières règles du 23 au 26 février 1898. Taille petite, bassin généralement rétréci. Début du travail le 7 décembre : présentation du sommet en droite antérieure : la dilatation ne progresse pas; rupture artificielle des membranes : issue de plus de 2 litres de liquide clair. Dilatateur de Tarnier. Symphyséotomie, puis forceps. Enfant de 2,500 grammes, le crâne est semé d'ecchymoses; convulsions, mort en quatre jours. Bi-P : 8, 5. Du cinquième au huitième jour, la femme a une congestion pulmonaire intense. Le 3 janvier, la symphyse est solide, la femme marche facilement. Un peu d'incontinence d'urine.

OBSERVATION XXXI

Symphyséotomie pratiquée par le Dr RUHLE, d'Elberfeld, le 19 février 1896 (*Monatsschrifte f. Geb. u. Gyn.*, 1899, p. 231-233).

Le docteur Rühle présente à la Société d'obstétrique une femme symphyséotomisée par lui il y a 3 ans ; la guérison est complète comme le prouvent la marche et les affirmations de la femme. Femme de 29 ans, VIII pare. Diamètre conjugué vrai 7 cent. 5. Premier accouchement, perforation. Les six suivants sont des accouchements prématurés provoqués : tous les enfants sont morts au bout de peu de temps. Huitième accouchement : symphyséotomie, écartement de 4 cent. Hémorrhagie abondante de l'espace rétro-symphysien ; tamponnement. Forceps ; délivrance par expression ; réunion de la symphyse par forte suture au fil d'argent. Drainage de l'espace rétro-symphysien. Suites d'abord normales ; au huitième jour, T, 38°1. Suppression du tampon, la température tombe. Du quatorzième au dix-huitième jour, nouvelle élévation : phlébite de la veine poplitée gauche. La femme se lève le trente-huitième jour ; les deux pubis sont en contact intime. L'enfant est bien portant. Le 19 mai 1897, cette femme accouche sept semaines avant terme d'un neuvième enfant.

OBSERVATION XXXII

Symphyséotomie pratiquée par SWAYNE, en 1898 (note du *The Am. J. of obstetrics*, 1899. T. 40, p. 113, extraite du *Bristol Med. J.* 1899).

Femme à terme, diamètre conjugué 6 cent. 8 ; écartement des pubis 6 cent. 2. La femme se leva le 18^e jour : aucune gêne dans la marche. Enfant vivant.

A propos de cette observation, nous relevons dans le *Centralblatt f. Gyn.* Leipzig 1900, l'indication suivante : Swayne (*Bristol méd. J.* mars 1899), symphyséotomie exécutée avec brillant

succès. La femme est sortie marchant bien le 18^e jour : sept semaines après l'accouchement, elle se présente devant une société médicale, après avoir parcouru une demie lieue.

OBSERVATION XXXIII

Symphyséotomie pratiquée par le docteur TISSIER à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 1^{er} mai 1898, (*Thèse* Belloy, obs. 21.

L..., 25 ans, III pare, à terme; premier accouchement, embryotomie; deuxième grossesse, avortement à 3 mois. Entre à l'hôpital le premier mai, en travail. Bassin généralement rétréci. P. s. p. 9 centimètres OIG.T. Symphyséotomie à la dilatation complète : hémorrhagie abondante en nappe au niveau de la plaie; tamponnement serré. Écartement de 6 centimètres avec l'écarteur. Forceps. Enfant de 2950, étonné, vite ranimé. Suture des parties fibreuses au fil d'argent. Pas de drainage. Déchirure de la paroi antérieure du vagin; déchirure du col à gauche; aucun accident infectieux. On enlève les fils le 13^e jour. Le 15^e jour, petit abcès de la grande lèvre droite : on incise, il se fait un écoulement continu assez abondant d'un liquide analogue à de l'urine. Un stylet introduit dans l'abcès, montre qu'il existe une fistule s'enfonçant entre les pubis. Sonde à demeure vésicale; on injecte du chlorure de zinc dans la fistule. Cicatrisation. Au bout de 20 jours, la malade se lève et marche facilement. Enfant bien portant. La femme a un début de prolapsus de l'utérus.

OBSERVATION XXXIV

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Beaudelocque le premier avril 1898, par M. VARNIER (*Fonctionnement de la clinique*, 1898, *Annales de Gyn.* 1899).

Femme H..., 26 ans, IV pare. Symphyséotomisée deux fois

déjà par M. Varnier en 1892 et en 1895. Dernières règles 25 au 29 juin 1897. Bassin canaliculé. Début du travail le premier avril à 10 heures matin. Dilatation complète à 2 heures soir. Symphyséotomie à 2 h. 50. Déchirure transversale des tissus situés au-dessous de l'urèthre. Enfant en présentation du siège, extraction par les pieds; fille vivante 3,370 grammes. Drainage de l'angle inférieur de la plaie. Suites de couches normales. Cette femme se lève le quatorzième jour et marche sans difficulté. Enfant bien portant à la sortie.

OBSERVATION XXXV

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque le 5 avril 1898 par M. VARNIER (*Fonctionnement de la clinique*, 1898; *Ann. de Gyn.*, 1899)

Femme H..., 32 ans, I pare; mal de Pott à 2 ans et demi, cyphose sacro-lombaire. Diamètre biischiatique mesuré pendant l'anesthésie par M. Pinard, 6 cent. 5. Dernières règles 17 au 19 juin; début du travail le 4 avril, 4 heures matin; dilatation complète 5 avril à 5 heures soir. Symphyséotomie à 8 heures soir; écartement 6 centimètres, forceps, fille de 3060 grammes. Pendant l'extraction, rupture complète des tissus vestibulaires avec intégrité de l'urèthre qui est seulement désinséré. Suture, drainage, suites de couches bonnes; sortie de la mère et de l'enfant en bon état, le 29 avril.

OBSERVATION XXXVI

Symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque par M. VARNIER, le 31 mai 1898 (*Fonctionnement de la clinique*, 1898; *Annales de Gynécologie*, juin 1899, p. 417).

L..., 22 ans, II pare. 1^{er} accouchement 1896, opération césarienne par M. Maygrier qui avait diagnostiqué un bassin double oblique ovalaire, sans soudure des articulations sacro-iliaques et avec conservation des parties latérales du sacrum,

et ne croyait pas possible la sortie de l'enfant par les voies naturelles.

Dernières règles du 1^{er} au 8 août 1897. M. Pinard constate que le diamètre P. s. p. : 11 centimètres; il pense que la symphyséotomie est possible. Début du travail le 30 mai; à 7 heures soir, la tête ne progressant pas et le fœtus souffrant, M. Varnier fait la symphyséotomie. Ecartement de 5 centimètres. Forceps. Enfant de 3710 grammes; Bi. P. 10 cent. 1; l'enfant né étonné est vite ranimé. Délivrance artificielle, suture, drainage. Lever le 20^e jour; sortie le 33^e jour. Mère et enfant en bon état. La radiographie montra que le bassin était aplati et généralement rétréci.

OBSERVATION XXXVII

Symphyséotomie pratiquée le 26 décembre 1898, par M. VARNIER, à la clinique Baudelocque (*Fonctionnement de la clinique*, 1898; *Ann. de Gyn.*, août 1899).

G... 34 ans, IV pare. Diam. P. s. p. 9, 8. Deux accouchements à terme avec enfant mort pendant le travail; troisième accouchement prématuré à 8 mois, à la Maternité: enfant vivant, mais ayant de l'incontinence d'urine nocturne. Dernières règles: 18 au 20 mars 1898; début du travail 26 décembre, 5 h. matin. Dilatation complète 9 h. 35 matin. Siège. Symphyséotomie 4 h. soir. Ecartement 6 cent. 3; extraction d'un enfant vivant pesant 4230 grammes. Délivrance artificielle. Suture et drainage. Suites de couches normales; sortie le 16 janvier en bon état.

OBSERVATION XXXVIII

Symphyséotomie pratiquée par MM. VARNIER et PINARD, le 20 janvier 1899, à la clinique Baudelocque (*Ann. de Gyn.*, août 1899).

N..., 39 ans, II pare, cyphoscoliotique; Diam. P. s. p. 8, 6, En 1894, accouchement prématuré à la Maternité, enfant mort

à 3 ans. Dernières règles : date inconnue. Début du travail 18 janvier à 11 h. soir. A 1 h. matin, procidence du cordon ; Mademoiselle Roze le rétropulse. Dilatation complète, le 20 janvier 9 h. matin. Section de la symphyse à 10 h. 40, par M. Varnier. Ecartement provoqué 6 cent. 5. Forceps par M. Pinard, enfant de 2550 grs. Suture et drainage ; broncho-pneumonie pendant les suites de couches. Sortie de la mère et de l'enfant en bon état le 20 mars.

OBSERVATION XXXIX

Symphyséotomie faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 24 avril 1899, par le docteur VINAY (*Lyon médical*, juin 1899).

Femme de petite taille, 1 m. 46. III pare. Premier accouchement : forceps, enfant mort pendant le travail ; deuxième accouchement forceps, enfant mort 30 minutes après la naissance. Dernières règles, 10 au 12 juillet 1898 ; bassin plat rachitique. Diam. P. s. p. 9 centimètres. OIG T ; tête volumineuse mobile au-dessus du détroit supérieur. Début du travail, 24 avril 1899 au matin. A 6 h. soir, dilatation complète ; 2 applications de forceps sans résultat. 3^e application en oblique avec tractions au moyen de lacs à 8 h. soir. Symphyséotomie : une congestion intense existant au niveau de la vulve et du vagin, l'incision des parties molles provoque une hémorrhagie abondante. Ecartement 6 centimètres, forceps ; enfant de 3600 grammes en état de mort apparente, difficilement ranimé. Pas de suture osseuse. Suites de couches physiologiques, lever au seizième jour, marche facile. L'enfant meurt au bout de 24 h. ; pas de fracture du crâne, ni de contusion cérébrale ; ecchymoses sous la plèvre et le péricarde. Bi P : 10 cent. 5.

OBSERVATION XL

Symphyséotomie pratiquée par le docteur WALTER (*Higiea. Stockholm*, T. 60, n° 1, 1899).

Femme IV pare ; rachitique. Diamètre conjugué vrai : 9 cen-

timètres. 1^{re} grossesse : application de forceps au détroit supérieur ; enfant mort. 2^e accouchement : perforation. 3^e accouchement : perforation. 4^e grossesse, symphyséotomie : la mère et l'enfant en bonne santé, sortent au bout d'un mois.

OBSERVATION XLI

Symphyséotomie pratiquée par von WERTH, à Kiel, 1896 (W. Voiges, Kiel, 1896 : Contribution à la statistique et aux indications de la symphyséotomie. *Centralblatt f. Gyn.* Leipzig, 1898, p. 759).

L'auteur rapporte un cas de symphyséotomie pratiquée par von Werth sur un bassin plat rachitique ; diamètre conjugué vrai, 8 centimètres. Avant l'opération, on fit une application de forceps très élevée et difficile. Après symphyséotomie, nouvelle application de forceps qui amena de fâcheuses contusions de la paroi antérieure du vagin et une déchirure totale du périnée. Hémorrhagie assez grave par la plaie ; elle s'arrêta par tamponnement. Sutures à la soie. Pendant les suites de couches, suppuration de la plaie, formation d'un séquestre. La malade ne jouit pas encore maintenant (?) d'une marche sûre. Mort de l'enfant au bout de deux mois.

OBSERVATION XLII

Symphyséotomie pratiquée le 29 août 1898 par le docteur DOBBIN, assistant du professeur J.-W. Williams (*Am. J. of Obstetrics*, T. 40, 1899, p. 146 : un cas de spondylolisthésis avec description du bassin, par Williams).

Nègresse de 22 ans, taille 1 m. 49. Dernières règles 15 novembre 1897. Présentation du sommet. Abdomen pendulum ; en arrière, saillie notable au niveau de la dernière lombaire ; un

peu de lordose lombaire; au toucher, on arrive sur une masse triangulaire, corps de la cinquième vertèbre lombaire recouvrant la face antérieure de la première sacrée. On atteignait le corps de la quatrième vertèbre lombaire. Diagnostic confirmé par le docteur Neale : bassin spondylolisthésique. Distance du bord supérieur de la dernière lombaire au sous-pubis : 9 cent. 5. Le col présentait une cicatrice de déchirure ancienne : la malade niait toute grossesse antérieure. On pensa d'abord faire l'opération césarienne.

Pendant l'absence du docteur Williams, la malade avoua au docteur Dobbin qu'elle avait déjà accouché, il y a 4 ans : l'enfant vivait toujours. On pensa alors pouvoir faire la symphyséotomie. Elle fut pratiquée le 29 août 1898 par le docteur Dobbin. Version podalique et manœuvre de Mauriceau; pendant cette manœuvre l'écartement atteignit 8 à 9 centimètres. Déchirure du vagin communiquant avec la plaie symphysienne : forte hémorrhagie qui s'arrête par tamponnement. Enfant cyanosé, vite ranimé. Sutures ordinaires. Après l'opération, la malade est en état de choc; elle se remet. A partir du troisième jour, ballonnement du ventre, constipation. Le septième jour, on trouve la plaie désunie; crise de dyspnée; mort en 30 minutes : on pense à une embolie pulmonaire. Deux fois, la température s'était élevée à 38°8. Le pouls avait toujours été fréquent, aux environs de 130. Pas de signes de péritonite.

Autopsie cinq jours après la mort : clapier purulent entre la vessie et la symphyse; forte déchirure du col à gauche. Pas de péritonite; pas d'embolie (la recherche fut difficile, vu l'état de décomposition du corps). La partie la plus étroite du détroit supérieur du bord supérieur du pubis au bord inférieur de la troisième lombaire mesurait 6 cent. 5.

Nous faisons suivre ces observations de quelques indications recueillies dans les revues de 1899, et que nous n'avons pu vérifier.

ADAMS : Symphyséotomie (*Cincin. lancet. clinic* 1898, p. 171-177).

ARMSTRONG : Cas heureux de symphyséotomie, guérison de la mère et de l'enfant (*Pensylvania Med. Journal*, t. I^{er}, n^o 8).

BELIN : Six symphyséotomies ; communication au congrès de Marseille, octobre 1898.

DEVOE : Un cas de symphyséotomie (*Obstetrics New-York*, 1899, t. I^{er}, p. 378).

DICKINSON : Symphyséotomie (*Obstetrics New-York*, 1899, p. 11-18).

SHAH : Bassin vicié, symphyséotomie, extraction à l'aide du forceps, guérison de la mère. Enfant bien portant (*Indian lancet Calcutta*. 1898, p. 384, et *Indian Med. Rec. Calcutta*, 1898, p. 53).

TURNER : Symphyséotomie (*Memphis Médical Monthly*, 1899, p. 24-26).

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELLY. — Thèse, Paris 1899.
- ARNDT. — Centrablatt f. Gyn. Leipzig, 1896. T. 20, p. 627.
- BALFOUR. — British med. J. 1899. T. 1^{er}, p. 403.
- BAR. — L'obstétrique, juin 1899.
- BELLOY. — Thèse, Paris 1899.
- BLEYNIE. — Limousin médical, 1897. T. 21, p. 87.
- CHARLES. — Congrès de la Société obstétricale de France, avril 1899. — Journal d'accouchements de Liège, 1898, p. 216 et p. 476.
- CROSSEN. — Am. J. of obst. 1899. T. 39, p. 249.
- DRAGHIESCO. — Am. J. of obst. 1899. T. 40, p. 113.
- FARABETTF. — Thèse, Paris 1894.
- FIEUX. — Bulletin médical, 1899, p. 1899, p. 483. — Bulletin médical, 1900, p. 391.
- GOTCHAUX. — Thèse, Paris, 1893.
- HEINRICIUS. — Finska läkare sällskapets handlingar. Helsingfors, 1898, p. 759.
- HULOT. — Thèse, Paris, 1893.
- JORAND. — Thèse, Paris, 1896.
- MAC KENNAN. — Am. J. of obst. 1899. T. 39, p. 249.
- KUSTNER. — (Congrès de Moscou). Annales de Gynécologie et d'obstétrique, 1897. T. 48, p. 283.

- LEPAGE. — Ann. de Gyn. et d'obst. 1892. T. 38, p. 442.
— — 1894. T. 41, p. 5.
— — 1894. T. 41, p. 14.
— — 1896. T. 45, p. 5, 198, 296.
— — 1898. T. 49, p. 178.
- Exposé des travaux, Steinheil, 1898.
- Fonctionnement de la clinique Baudelocque, 1898.
- MICHEL. — Thèse, Paris, 1897.
- J. F. MORAN. — Am. J. of obst. 1899. T. 39, p. 798.
- MORISANI. — Congrès de Rome. Ann. de Gyn. et d'obst. 1894.
T. 1^{er}, p. 282.
- NEALE. — Am. J. of obst. 1899. T. 39, p. 199.
- PINARD. — Congrès d'Amsterdam. Ann. de Gyn. et d'obst. 1899.
T. 52, p. 81.
- POLK. — Am. Gynécol. and. obst. J. 1898.
- RUBINROT. — Thèse, Paris, 1899.
- RUHLE. — Monatsschrifte f. Geb. u. Gyn. 1899, p. 231.
- SWAYNE. — Am. J. of obst. 1899. T. 40, p. 113.
- VARNIER. — Ann. de Gyn. et d'obst. 1897. T. 48, p. 281.
— — 1899. T. 51, p. 417.
- VINAY. — Lyon médical, n° 23, juin 1899.
- W. VOIGES. — Centralblatt f. Gyn. Leipzig, 1898, p. 759.
- WALTER. — Hygiea Stockholm. T. 60, n° 1.
- WILLIAMS. — Am. J. of obst. 1899. T. 40, p. 146.
- ZWEIFEL. — Congrès de Moscou. Ann. de Gyn. et d'obst. 1897.
T. 48, p. 273.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
